علم نفس الشواذ



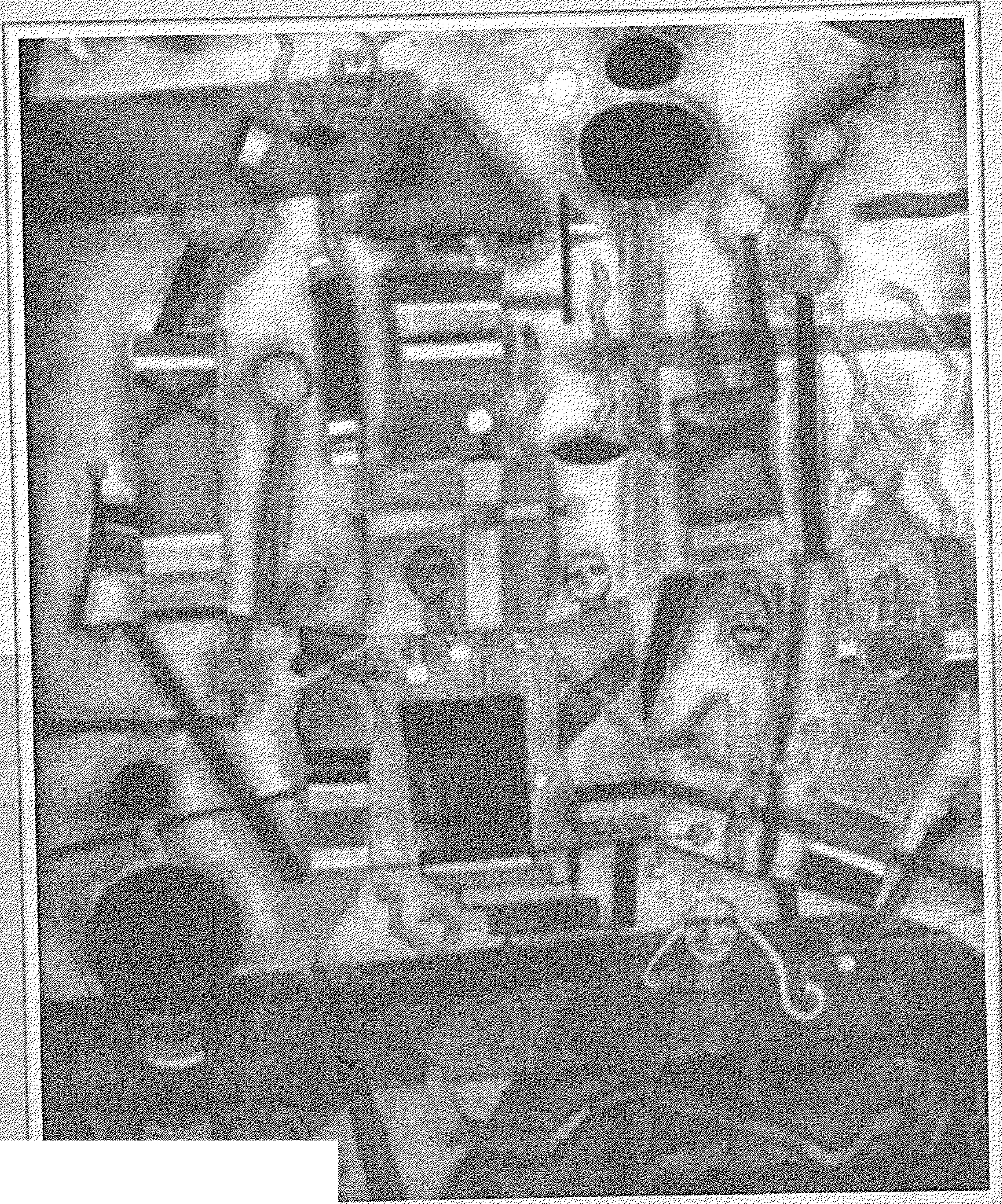
أ. د. سامي محمد ملحم

الرضوان
للنشر والتوزيع

علم نفس الشواذ

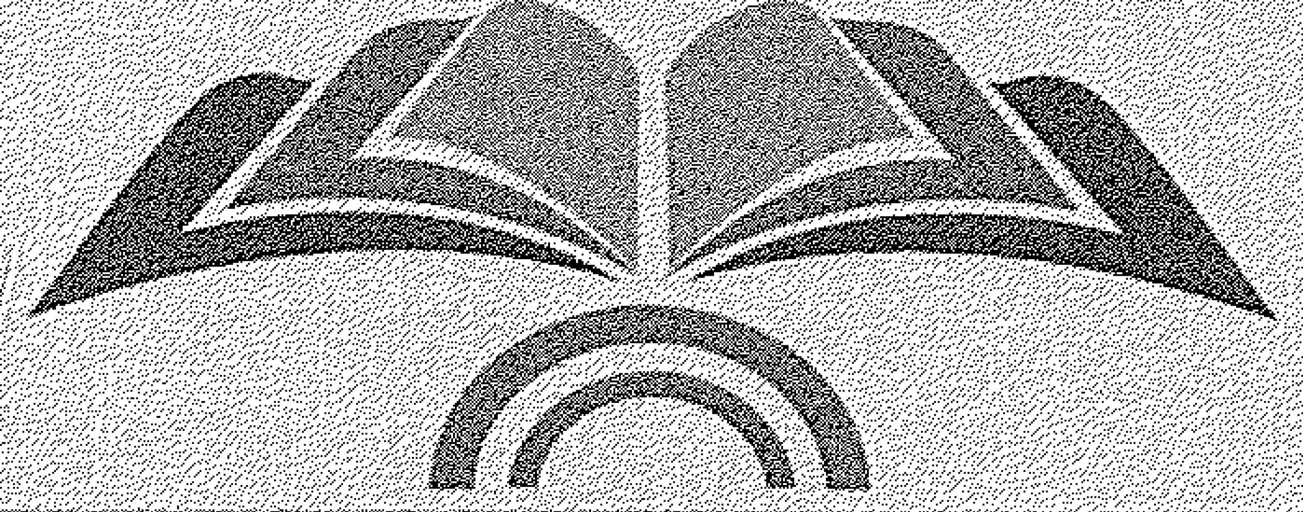

الرضوان

علم نفس الشواذ



أ.د. سامي محمد ملحم
جامعة عمان العربية

الرضوان
للنشر والتوزيع



الرضوان
للنشر والتوزيع

علم نفس الشواذ

أ.د. سامي محمد ملحم

الواصفات :

علم النفس الفردي - علم النفس - الفروق الفردية

الطبعة الأولى 1434 هـ - 2013 م

رقم الإيداع لدى دائرة المكتبات الوطنية
2012/7/2421
ISBN: 9789957761301

المملكة الأردنية الهاشمية
عمان - الأردن - العبدلي - شارع الملك حسين
قرب وزارة المالية - مجمع الرضوان التجاري رقم 118
هاتف: 4616436 6 962+ فاكس: 4616435 6 962+
ص. ب. :926414 عمان 11190 الأردن
E_mail:gm@redwanpublisher.com
:gm.redwan@yahoo.com
www.redwanpublisher.com

المقدمة

عزيزي الدارس: اهلا بك في هذا المؤلف " علم نفس الشواذ" ونتصفح معا اقسامه الثلاثة المؤلفة من ستة عشر فصلا تحتوي على الآتي:

الوحدة الاولى: وتبحث في كل من:

- **الشخصية الانسانية بين السواء والمرض**: وتتحدث عن الصحة النفسية للفرد وتكيفه وتطور مفهوم المرض النفسي. وتصنيفه
- **محددات السلوك الانساني**: وتتحدث عن المحددات البيولوجية والبيئية للسلوك الانساني ودور الوراثة في تشكيل السلوك المرضي للشخص.
- **النماذج النظرية في تفسير الأمراض النفسية**: نتناول فيه تفسير منظري نظريات علم النفس المختلفة في فهم وتفسير الامراض النفسية.
- **أساليب التشخيص والعلاج**: ونتناول اساليب جمع المعلومات اللازمة في العلاج النفسي والفحص الطبي والفحص النفسي. واساليب العلاج الجسمي والنفسي.

الوحدة الثانية: ضغوط الحياة: وتبحث في كل من:

- **ماهية ضغوط الحياة** : ونتناول فيه طبيعة الضغط والمساهمات النظرية في دراسته والاحداث التي تسبب لنا الضغط، ومصادرها واهميتها في مؤسسات العمل.
- **ردود الفعل تجاه ضغوط الحياة**: ونتناول فيه اضطرابات التكيف، والسلوك الاجرامي، والانتحار، والإحساس بالألم، وكيفية التغلب على ضغوط الحياة

الوحدة الثالثة: الاضطرابات النفسية والجسمية: وتبحث في كل من:

- **الاضطرابات الذهانية** يحتوي على اضطرابات الذهان، والفصام، ورد الفعل الذهاني.
- **الاضطرابات العصابية**: ونتناول فيه كلا من القلق: والقلق العصابي والاجتماعي، والخوف، والوسواس القهري، والهستيريا، والاكتئاب العصابي. والنيوراستينيا، وتوهم المرض، وانعدام الذاتية
- **اضطرابات الوعي**: ويبحث في معاني الوعي، وحالاته، والنوم والاحلام، والتأمل، والتنويم، وتعاطي المخدرات، والتدخين
- **اضطرابات الاكل والنوم**: ويتضمن فقدان الشهية، وفرطها، وصورة الجسم،

والسمنة، والضغط، وفسيولوجيا النوم، ومراحله ووظائفه، والساعة البيولوجية، والأحلام، والكوابيس، والعوامل المسببة لها

- **الاضطرابات الجنسية:** ويتضمن النشاط الجنسي، واثارة الرغبة الجنسية، واكتساب أدوار الجنس، والنمو الجنسي، والبغاء وسلوك القوادة.
- **اضطرابات الشخصية:** ويبحث في كل من معايير اضطرابات الشخصية، وانواعها، وسماتها، وسوء التوافق المهني، العائلي، الاجتماعي، او الشخصي
- **الاضطرابات النفس جسمية: ويحتوي على** اضطرابات القلب، وضغط الدم، وصداع الرأس النصفي، والربو، واضطراب الفم، والقرحة المعدية، والتهابات القولون، والبدانة، والغثيان والقيء، واعراض توتر العضلات والمفاصل، والجهاز الكلوي، والتبول، والعنة، وتوترات الطمث، وسن اليأس، والبرود الجنسي والام الجماع وعدم الخصوبة، والمناعة، والغدد، واعضاء الحس.

الوحدة الرابعة: الاضطرابات النمائية والمعرفية: وتبحث في كل من:

- **الاضطرابات العقلية، والحسية،** وعمليات الانتباه، والإدراك، والتفكير، والذاكرة، والتواصل.

الوحدة الخامسة: الاضطرابات النفسية في مراحل العمر: وتبحث في كل من:

- **الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة:** ونتناول فيه مظاهر النمو والعوامل المؤثرة فيه، والحاجات النفسية الاساسية، والاضطرابات النفسية المرافقة للامراض العضوية والالتهابية، والتغذية، والاخراج، والنوم، والجنس، والكلام واللغة، والنشاط الزائد، والقلق والسيكوسوماتية، والمزاج، والتوحد، واضطرابات التشنج العضلي ، والحركي ، والصرع
- **الاضطرابات النفسية للمسنين:** ونتناول فيه: الشيخوخة وأهميتها وما تثيره من مشكلات، وتغيراتها البيولوجية، والجنس. والتعمير، وتغيرات القدرة العقلية ، وتدهور الجهاز العصبي ، والاضطرابات العقلية والنفسية.

ويأمل المؤلف ان يكون هذا الكتاب مرجعا ودليلا للباحثين والدارسين والمهتمين في مجالات علم النفس المختلفة

سامي محمد ملحم
S_milhem@hotmail.com

2012/10/10م

محتويات الكتاب

الوحدة الاولى: مداخل نظرية

الوحدة الثانية: ضغوط الحياة

الوحدة الثالثة: الاضطرابات النفسية والجسمية

الوحدة الرابعة: الاضطرابات النمائية والمعرفية

الوحدة الخامسة: الاضطرابات النفسية في مراحل العمر

الوحدة الأولى : مداخل نظرية



الوحدة الأولى
مداخل نظرية

1: الشخصية الانسانية بين السواء والمرض

- الصحة النفسية للفرد
- الصحة النفسية والتكيف
- تطور مفهوم المرض النفسي
- تصنيف المرض النفسي

2: محددات السلوك الانساني

- المحددات البيولوجية للسلوك الانساني
- المحددات الوراثية
- المحددات البيئية للسلوك

3: النماذج النظرية لتفسير الاضطرابات النفسية

- منحى التحليل النفسي
- المنحى الانساني
- المنحى المعرفي
- المنحى السلوكي
- منحى التعلم الاجتماعي
- المنحى الوجودي
- المنحى الجشطالتي

4: أساليب التشخيص والعلاج:

- أساليب التشخيص
- أساليب العلاج الجسمي
- أساليب العلاج النفسي
- اساليب العلاج الاسري

الوحدة الأولى

مداخل نظرية

1: المقدمة:

1: 1 تمهيد:

عزيزي الدارس: إن تقدم الحياة الإنسانية وتعقدها، تجعل وجود عدد غير قليل من الناس يعانون من اضطرابات في سلوكياتهم. فهذا طفل في مدرسة ابتدائية يبدو عليه سلوك الخوف الشديد في كل مناسبة يتحدث فيها أمام معلمه، وآخر طالب في مدرسة ثانوية تشير نتائج امتحاناته النهائية إلى تفوقه في المدرسة. فينشرح صدره ويبدو عليه السرور والفرح. وثالث يقضي الليل بطوله، وهو يفكر كيف يحصل على لقمة العيش لأبنائه في صباح اليوم التالي. ومثل هؤلاء كثيرون من بني البشر ممن يعانون من مشكلات نفسية تتفاوت فيما بينهم في الضعف والقوة. وما هذه المشكلات وغيرها سوى صور بسيطة لحالات كثيرة من الاضطرابات في السلوك نشاهدها بين الناس في حياتهم اليومية. مما يجعل من الارشاد والعلاج النفسي ضرورة حتمية لا بد من التوسع فيه وإعداد المتخصصين له، وإنشاء العيادات النفسية المتخصصة التي تلحق بأماكن تواجد التجمعات البشرية من أجل تقديم الخدمات النفسية الضرورية للأفراد.

1: 2 الأهداف :

عند الانتهاء من دراستك لهذا الفصل فانه يتوقع ان تكون قادرا على أن :

- تعرف الصحة النفسية
- تبين العلاقة بين الصحة النفسية والتكيف
- تصف تطور مفهوم المرض النفسي
- تصنف المرض النفسي
- توضح المحددات البيولوجية للسلوك الانساني
- تحدد المحددات الوراثية
- تبين المحددات البيئية للسلوك
- تصف منحى التحليل النفسي في تفسير المرض النفسي
- تبين المنحى الانساني في تفسير المرض النفسي
- توضح المنحى السلوكي في تفسير المرض النفسي

- تذكر منحى التعلم الاجتماعي في تفسير المرض النفسي
- تبين المنحى الوجودي في تفسير المرض النفسي
- تبين المنحى الجشطالتي في تفسير المرض النفسي

2: الشخصية الانسانية بين السواء والمرض:

2: 1 المقدمة:

شاع في الآونة الأخيرة مصطلح الصحة النفسية بين الناس ليعنى ازدياد ظاهرة الشكوى والاضطراب النفسي التي تصيب الواحد منهم بعد الآخر. هذه الظاهرة التي قد لا تعود إلى سبب واحد فقط أو تقف عند حدود ضيقة. لكنها تتفاوت في آثارها التي تخلفها لدى الفرد بحيث ينتشر هذا التأثر ليشمل الآسرة والأقران وأفراد المجتمع مما يؤثر في إمكانية توفر الأمن والاستقرار لأفراد المجتمع الذين يعيشون فيه.

2: 2 الصحة النفسية للفرد

2: 2: 1 معنى الصحة النفسية:

عرف دستور منظمة الصحة العالمية لعام 1946 الصحة النفسية على أنها حالة كاملة من العافية الجسمية والعقلية والاجتماعية. وليس مجرد غياب المرض أو الاعاقة (دائرة المعارف البريطانية، 1985). وينظر اليها في المبادىء النظرية الحديثة على انها حالة فردية من الاحساس بالعافية يكون فيها الفرد قادرا على تحقيق التوازن بطريقة مناسبة بين المتطلبات الجسدية الداخلية والمتطلبات الخارجية للبيئة. ويصفها اندرسون (Nairne، (2003) بأنها نتاج ونتيجة طاقة كامنة من اجل تحقيق الاهداف المأمولة او القيام بوظائف معينة، وحدث تفاعلي بحيث تمثل الصحة ظاهرة ديناميكية متغيرة باستمرار، وحالة يعيشها الفرد ويتمتع بها وتميزه عن غيره من الافراد

لقد حاول الباحثون الاهتمام بالكائن الإنساني وصحته النفسية من اجل توفير قدر اكبر من السعادة. وتحقيق قدر اكبر من الآمن والاستقرار للمجتمع من حوله. فتعددت تعريفاتهم للصحة النفسية بحيث أمكن تحديدها باتجاهين رئيسين يذهب **الاتجاه الأول** النظر الى الصحة النفسية من حيث هي البرء من أعراض المرض النفسي أو العقلي. وهذا يعنى أننا نعرف الصحة النفسية بانتفاء حالة المرض لدى الفرد. فإذا كان الفرد مصابا كانت صحته النفسية مصابة. آما إذا كانت حالة المرض غير موجودة لديه. كانت صحته النفسية سوية وسليمة. ويذهب **الاتجاه الثاني** النظر الى الصحة النفسية ضمن عدد من الشروط التي تحيط بالوظائف النفسية التي تنطوي عليها الشخصية الإنسانية. وان قدرة الفرد في التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه. يؤدي إلى التمتع بحياة

خالية من الشكوى والاضطراب. وعلى ضوء هذين الاتجاهين. فإنه يمكن تعريف الصحة النفسية بأنها: **" حالة إيجابية توجد لدى الفرد وتظهر في مستوى قيام وظائفه النفسية بمهمتها بشكل حسن ومتناسق ومتكامل في وحدة الشخصية "**.

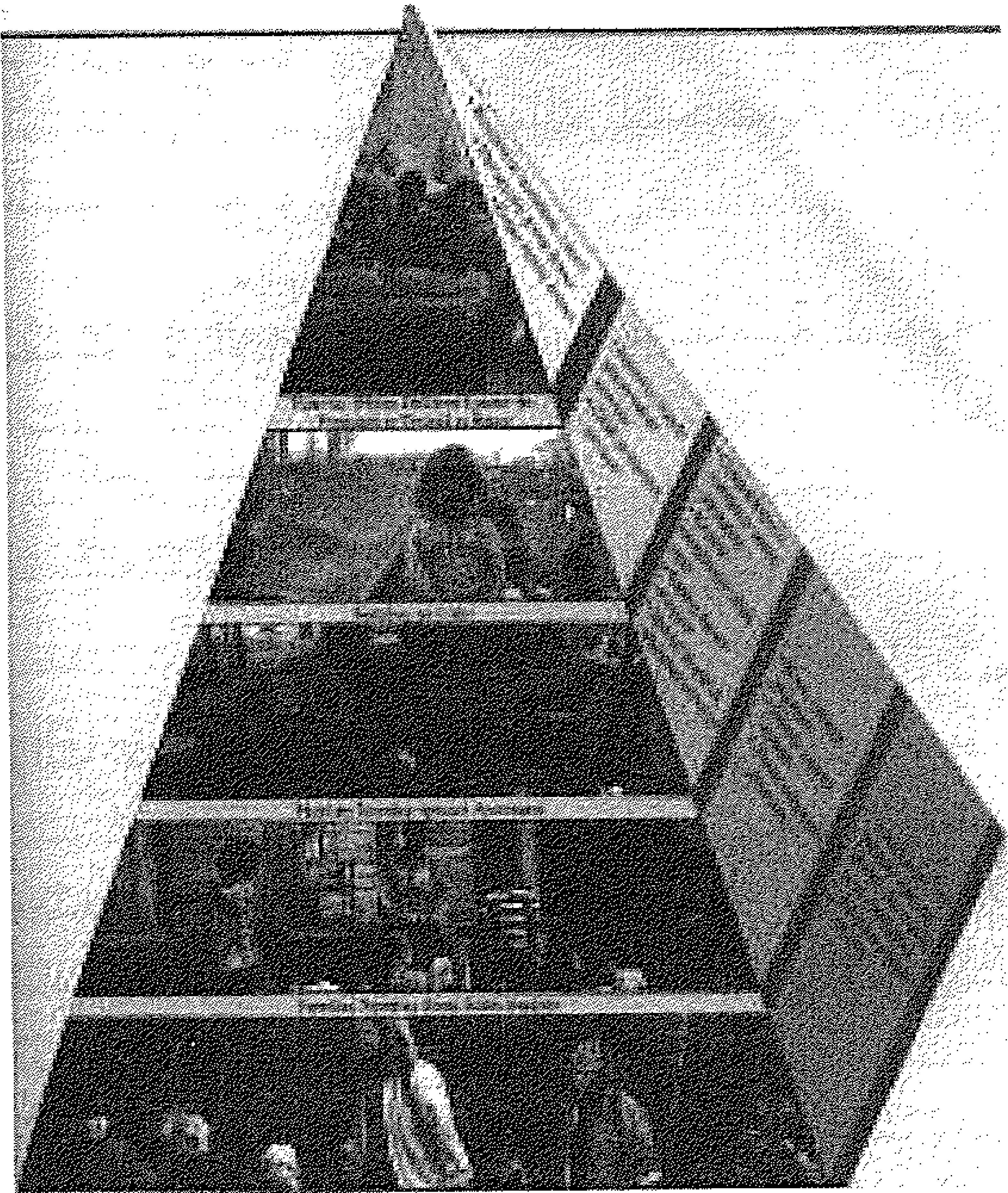
ومن خلال هذا التعريف فانه يمكن تحديد عدد من المفاهيم الرئيسة فيه حيث يشير التناسق العام بين الوظائف النفسية، إلى التعبير الحر والكامل من كل الطاقات الموروثة والمكتسبة. وهي تعمل بالتناسق فيما بينها في اتجاهها نحو هدف أو غاية للشخصية من حيث هي كل متكامل.

2: 2: 2 مظاهر النمو النفسي للفرد:

يعبر عن النمو النفسي للفرد بالمراحل التي يمر بها في سني حياته المختلفة. وتنمو فيها انفعالاته ورغباته واستعداداته وتستكمل شخصيته. ويتم هذا في اطار صحته النفسية بوجه عام. وتبدو مظاهر النمو النفسي للفرد في ثلاثة جوانب رئيسية هي:

أولا: التكيف:

يعرف التكيف : باعتباره مجموعة ردود الفعل التي يعدل بها الفرد بناءه النفسي او سلوكه ليستجيب لشروط بيئية محدودة او خبرة جديدة. وهو عملية ديناميكية مستمرة يستهدف بها الفرد تعديل سلوكه ليحدث علاقة اكثر توافقا مع بيئته. وقد أشار اليه مرسي (1976) بأنه القدرة على ايجاد العلاقات المشبعة بين الفرد وبيئته، سواء كانت هذه البيئة طبيعية أو ثقافية او اجتماعية. الا ان هناك عددا من العوامل التي تؤثر بشكل كبير في احداث التكيف لدى الفرد من ابرزها: توافر المهارات اللازمة لدى الفرد لاشباع حاجاته الاساسية، ومعرفة الانسان بنفسه (حدوده وامكانياته) التي يستطيع من خلالها اشباع حاجاته، وان يدرك قدراته ومهاراته واستعداداته. وان يتقبل الانسان نفسه بواقعية، والمرونة والتوافق بالنسبة للمؤثرات المتغيرة، والمسالمة



وتجنب الصراع

ثانيا: اشباع الحاجات الاساسية للفرد:

وحتى ندرك أهمية الدور الذي يقوم به العمل في حياة الفرد، علينا ان ننظر بعين الاعتبار الى حاجاته الاساسية. فالانسان لم يقم ببناء حضارته عبر السنين من فراغ. وانما كانت هناك عوامل أدت الى تقدم الحضارة والرقي الانساني عبر العصور. وقد اثبتت الدراسات والبحوث ان العمل ينطوي على العديد من الاشياء التي يحتاجها الفرد غير الأجر الذي يحصل عليه جراء العمل الذي يقوم به. ومن وجهة النظر المهنية فقد نظم ماسلو الحاجات الأساسية للفرد ضمن هرمية تتوافق وقوة هذه الحاجات وفاعليتها. ضمن تسلسل هرمي (Halonen & Santrock، 2003) تشتمل على حاجاته الفزيولوجية، والأمن، والحب والرعاية، والانتماء، والاعتراف والتقدير، والمعلومات والفهم، وتحقيق الذات

ثالثا: تحقيق الشخصية السوية:

ان ما يميز الشخصية السوية عن الشخصية المضطربة او المنحرفة ليس هو في شكل السلوك او الافعال التي يقوم بها الفرد. وانما وظيفة هذا السلوك وما يحققه من اغراض واهداف. فالسلوك السوي هو السلوك الذي يحقق مواجهة واقعية للمشكلات او الصراع. وليس هروبا منه. وبالتالي فان الشخصية السوية هي تلك الشخصية التي يتميز سلوكها بالواقعية البناءة وليس السلوك الهروبي الهدام.

2: 2: 4 المميزات السلوكية للشخصية السوية:

تتميز الشخصية السوية بعدد من الخصائص تميزها عن الشخصية المريضة أو المنحرفة بما يلي(سوين، 1979):

فالشخصية السوية يصدر عنها سلوك أدائي Instrumental فعال **(الفاعلية)**.وموجه نحو حل المشاكل والضغوط عن طريق المواجهة المباشرة لمصدر هذه المشاكل أو الضغوط. وتحاول في الوقت نفسه الإقلال من الضغوط التي تزيد وتتحول إلى عوائق انفعالية، وتتخذ أساليب إيجابية ليقوي بها من وسائل التغلب على التوترات والمخاوف.كما تحاول الوصول إلى الأهداف على الرغم من التوترات حين تكون للأهداف قيمتها وأهميتها.

وتستخدم الشخصية السوية طاقاتها من غير تبديد للجهود **(الكفاءة)** وهي من الواقعية إلى درجة تمكنها من أن تتبين المحاولات غير الفعالة. والعقبات التي لا يمكن

تخطيها والأهداف التي لا يمكن بلوغها. وتتقبل الإحباط وضياع الأهداف وتعيد توجيه طاقاتها من تكوين توافقية بدرجة أكبر. وان لديه الأفكار والمشاعر والتصرفات التي تكون ملائمة تعكس الواقع **(الملاءمة)**، التي ترتبط ارتباطا ملائما بالظروف التي يواجهها. وتتناقص أو تزول حين تتغير الظروف، ولا يكون سلوكه ملائما للظروف فحسب، وانما يكون ملائما كذلك لسنه ومستواه من النضج. وهو قادر على التكيف والتعديل. وهو حين يواجه الصراع والإحباط يلتمس الوسائل لحل المشكلات **(المرونة)** بدلا من أن يجمد على وسائله القديمة. وهو راغب في التعلم والتغير وتجريب الجديد باستمرار. وقادر على الإفادة من الخبرة.ويشارك الآخرين أحزانهم وافراحهم ويتصل بهم في غير اتكالية مفرطة عليهم أو نفور أو انسحاب مفرط منهم **(الفعالية الاجتماعية)**. ويتصف بتقديره لذاته وإدراكه لقيمتها وبالطمأنينة والأمن. وتقديره الواقعي لنواحي ضعفه ونواحي القوة فيه **(الاطمئنان إلى الذات والتحكم بها)**. وعلى منزلته التي يستطيع بلوغها وعلى ما هو متوقع وعلى تصميمه وعزمه. وقادر على التحكم في الذات. ويستمد قدرته على الضبط والتحكم في سلوكه من تقديره الشخصي للأمور تقديرا مبنيا على موازنة النتائج وتمحيصها **(تحمل المسؤولية)**. وكلما زادت قدرته على الضبط الذاتي كلما قلت حاجته الى الضبط الصادر من سلطة أخرى خارجية. ويمثل اعتماد الافراد على بعضهم البعض جزءا اساسيا من حياتهم اليومية **(التعاون)**.

ان اعتراف الشخص بحاجته الى الاخرين يتضمن بالضرورة قدرة هذا الشخص على تكوين علاقات شخصية ايجابية مبنية على **الثقة المتبادلة** مع الآخرين. ان الشخص السوي هو من يقيم علاقات وثيقة أساسها المحبة والود والتفاهم والاحترام المتبادل والثقة المتبادلة. وهوقادر على البذل والعطاء ضمن جماعته التي يتعايش معها سواء كان ذلك مع اسرته او زملائه او مرؤسيه **(الانسانية)**. والانسان مدين للانسانية بوجوده بينها.

الشخص السوي شخص **ديمقراطي** يعمل للانسانية جميعا. فالديمقراطية ليست سوى العناية بالآخرين والاهتمام بهم ووضع قيمة الانسان فوق قيمة الاشياء والسعي الى ايجاد علاقات مثمرة مع اي فرد والعمل على خلق التفاهم وتبادل الرأي والمشورة والمساعدة فيما بينهم. ويضع نصب عينيه مستويات من النماء والرقي يسعى للوصول اليها. حتى لو كان في بعض الأحيان بعيدة المنال**(مستوى الطموح)**.

2: 2: 5 المميزات السلوكية للشخصية غير السوية :

حدد الباحثون الصفات السلوكية للشخص غير السوي او الشاذ. حيث ينظر إلى الشخص في كثير من الحالات بأنه يخبر **(الألم النفسي)** ويشعر بعدم الارتياح من الناحية الذاتية والتوتر وعدم السعادة. وقد يحكم عليه بأنه **(شاذ)** وان سلوكه فيما يبدو غير معقول أو لا يمكن التنبؤ به. ويلتمس العلاج طوعا أو كرها **(تلقي علاج سيكياتري)**. وهذا يعني أن المرضى هم الذين يكونون بحاجة إلى العلاج، بالرغم من أن الباحثين يرون أن طبيعة

العلاج النفسي وأهدافه تتغير إلى درجة إن العلاج أصبح يوجه إلى تحسين القدرة على التعامل مع الآخرين عند الأسوياء من الناس. ومن الممكن مقارنة سمات الشخص ذاته. ومدى انتشارها عند الآخرين. فان كانت هذه السمات غير شائعة، ولا تظهر عند معظم الناس الآخرين حكم على السمة بأنها منحرفة أو شاذة. وهو ما يعرف بالمنهج المعياري. أما المنهج الفردي فيقارن بين الشخص وذاته بسبب أن السمة موضع النظر تبلغ من الفردية وقلة الانتشار بحيث لا تكون هناك قيمة للمقارنة بين الفرد وغيره من الأفراد الآخرين. (فهمي، 1987)

2: 2: 6 المعايير الخاصة بتقييم الصحة النفسية:

حاول الباحثون تحديد المعايير الخاصة بتقييم الصحة النفسية والتفريق بين السلوك السوي والسلوك الشاذ. فاستخدموا اكثر من معيار لتحديد هذا التقييم بالرغم من أن كل معيار من هذه المعايير يعاني نقصا يجعله غير صالح للاستخدام بمعزل عن المعايير الأخرى.

يشير **المعيار الاحصائي** في تقييم الصحة النفسية إلى القاعدة الإحصائية المعروفة بالتوزيع الاعتدالي الذي يقوم على التوزيع ذي الحدين، فيأخذ التوزيع شكل منحنى جرسي ليمثل درجة انتشار أو تكرار ظهور خاصية معينة بين الناس فيعتبر الشخص متوافقا ويتمتع بالصحة النفسية اذا كان السلوك شائعا بينهم. والشخص الذي يبتعد عن المتوسط شاذا. وكل صفة إنسانية يمكن تحديدها وقياسها تصلح للخضوع لهذا النوع من التحليل. وبناء على هذا المعيار، فإذا كان السلوك العدواني هو السلوك الشائع في مجتمع ما لمجابهة الإحباط. فانه يعتبر سلوكا سويا. وبالتالي، فان صاحبه يتمتع بالصحة النفسية. أما إذا كان العدوان نادر الحدوث إزاء موقف الإحباط في مجتمع آخر فان العدوان يعتبر غير سوي مما يظهر نقص هذا المعيار وعدم أهميته.

ويرى المعنيون بالنواحي الاجتماعية، إعطاء المكانة الأولى للأسس الاجتماعية في بحث الطبيعة الإنسانية (**المعيار الاجتماعي**). ويشيرون في هذا الصدد إلى ان المجتمع يضم مجموعة من العادات والتقاليد، والأفكار التي تسود سلوك الأفراد الذين يتألف منهم. فإذا ما خرج الأفراد عن هذه المعايير اعتبر سلوكهم شاذا. واعتمادا على هذا المعيار فان هناك أشكالا من السلوك، تعتبر شاذة في بيئة اجتماعية ولا تعتبر كذلك في بيئة اجتماعية أخرى. وان هناك أشكالا من الشذوذ لا توجد إلا في بعض المجتمعات. وعليه، فان هذا المعيار رغم أهميته، غير كاف وحده كأساس لتحديد السلوك الشاذ.

ويشير **معيار القيمة التوافقية للسلوك الفردي** ان السلوك السوي هو السلوك التكيفي للفرد. وان السلوك الشاذ هو سلوك غير متكيف. وعليه، فان التكيف قد لا يكون سويا إذا عنى مثل هذا التكيف الخضوع للبيئة على حساب فردية الإنسان وابداعيته.

وقدم كل من موس Moss وهانت Hunt **معيارا ذاتيا في تحديد الشذوذ** فنحن ننظر إلى الناس، ونلاحظ تصرفاتهم فنحكم عليها على أنها سوية. إذا كانت تنسجم مع أفكارنا وآرائنا الذاتية، وغير سوية إذا كانت تختلف عن أفكارنا وآرائنا. وان اكثر ما يكون السلوك سويا بالنسبة لنا. هو ما كان يتلاءم مع ما نرغب فيه من وجهة نظرنا الشخصية بينما يكون الشاذ نقيضه. (عبد الغفار، 2007)

وقدم كولمان Coleman معيارا آخر لتحديد السلوك السوي من الشاذ أطلق عليه **السلوك التوافقي**. مشيرا إلى أن أفضل معيار لتحديد السلوك السوي من الشاذ، لا يكون في مدى تقبل المجتمع لسلوك معين أو رفضه له. وانما يكون في مدى ما يوفره هذا السلوك من نمو وتحقيقا لإمكانات الفرد والجماعة. وعليه. فان استمرار حياة الفرد وإمكاناته أمر له قيمته بالنسبة للفرد نفسه وللجماعة. ويمكن تقويم سلوك الفرد على أساس ما حققه من أهداف سابقة.

واستخدم علماء النفس الاكلينيكيون **معيار المشاعر الذاتية للفرد" القسر الذاتي** على اعتبار أن معظم الذين شخصوا كمرضى نفسيين يشعرون بالبؤس والقلق والاكتئاب وفقدان الشخصية. بالإضافة إلى أعراض مرضية مختلفة أخرى. وان القسر الذاتي كان هو المرض الوحيد بالنسبة إليهم. كما أن السلوك العصابي يظهر عاديا جدا للمراقب الخارجي العادي ولا يمكن الحكم عليه من مظاهره الخارجية. إلا ان بعض أشكال المرض تنطوي على قسر ذاتي كحالات المرض النفسي " الشخصية السيكوباتية " أو الانحرافات الخلقية. (عبد الغفار، 2007)

2: 3 الصحة النفسية والتكيف:

يعبر عن النمو النفسي، بالمراحل التي يمر بها الفرد في سني حياته المختلفة بحيث تنمو فيها انفعالاته ورغباته واستعداداته. وتستكمل شخصيته. ويتم كل ذلك في اطار صحته النفسيسة بوجه عام. وتميل الكائنات الحية الى تغيير نشاطاتها استجابة لما يحدث في بيئتها من تغير. وعندما يطرأ أي تغير على البيئة التي يعيش بها الكائن. فانه يعدل من سلوكه وفقا لهذا التغير. ويبحث عن وسائل جديدة لاشباع حاجاته. فاذا لم يجد اشباعا لهذه الحاجات في بيئته. فانه، اما ان يعمل على تعديلها او يعمل على تعديل حاجاته. ان هذا السلوك أو الاجراء يسمى تكيف Adjustment. وقد عرف التكيف : باعتباره مجموعة ردود الفعل التي يعدل بها الفرد بناءه النفسي او سلوكه ليستجيب لشروط بيئية محدودة او خبرة جديدة (الرفاعي، 1987).

ومفهوم التكيف مفهوم بيولوجي. استند اليه داروين في نظريته في التطور وبقاء الأصلح. وقد استعار علم النفس المفهوم البيولوجي للتكيف ليستخدم في المجالات النفسية

والاجتماعية للانسان. فالفرد يتلاءم مع بيئته النفسية والاجتماعية مثلما يتلاءم مع بيئته الطبيعية.

والتكيف لغة. تآلف وتقارب، وهي نقيض التخالف والتنافر او التصادم. وهناك تعريفات عديدة للتكيف أشار اليه فهمي (1987) على انه العملية الديناميكية المستمرة التي يهدف بها الشخص الى ان يغير سلوكه ليحدث علاقة أكثر توافقا بينه وبين بيئته. ويراه الرفاعي (1987) على انه مجموعة ردود الافعال التي يعدل بها الفرد بناءه النفسي وسلوكه ليستجيب الى شروط محيطة محدودة او خبرة جديدة. كما أشار رضوان (2011) الى التكيف باعتباره تعديلا وتغييرا وسعيا نحوهما وهما يشتملان التعديل الداخلي أو الخارجي للفرد بحيث يشترط السلوك الفاعل المؤثر للفرد باعتباره المعني بالدرجة الأولى بعملية التكيف. والتعامل مع المشكلات سواء كانت نابعة من الداخل ام من الخارج. وعندما يتم التعامل مع المشكلات بنجاح فاننا نتحدث عن التكيف الناجح. اما اذا لم يتم التعامل مع المشكلات بنجاح. اي انها قادت الى مزيد من التعقيد وانعكست بشكل سلبي على الفرد يحول دون تحقيق أهدافه فاننا نتحدث عن سوء التكيف. والمواجهة الفاعلة مع المواقف المختلفة. وبشكل خاص المرهقة منها. وضبط Control المواقف والمتطلبات الداخلية والخارجية. الدفاع ضد المصادر الداخلية للضغط والمشكلات وضد المصادر الخارجية. ومواجهة الأزمات والصراعات الداخلية والخارجية. والتغلب على عواقبها السلبية والسيطرة على نتائجها والتقليل من تأثيراتها. وحل المشكلات التي تواجه الانسان. ةايجاد البدائل السلوكية والمرونة في ترك البدائل غير الفاعلة واختيار بدائل جديدة فاعلة. وتقبل الجديد والتعامل معه. وامتلاك الشجاعة في ان يعيش الانسان خبرات حياتية جديدة. والتفاؤل الوظيفي. وبناء تصورات موضوعية حول الماضي والحاضر والمستقبل. وايجاد نهاية نفسية لكل مرحلة من مراحل الحياة. واعطاء كل مرحلة من المراحل حقها. واعادة التوجيه عندما تصل الامور بالانسان الى طريق يكاد يكون مسدودا. والبدء من جديد. وترك ما لم يتم انجازه من الماضي بأهداف جديدة.

2: 3: 2 مؤشرات التكيف والصحة النفسية :

توجد مؤشرات يمكن الافادة منها في استدلالنا على التكيف والصحة النفسية للفرد. في مدى تقبل الفرد للحقائق المتعلقة بقدراته وامكاناته (Holms)، (2001. ومدى استمتاعه بعلاقاته الاجتماعية، ونجاحه في عمله ورضاه عنه، وكفاءته في مواجهة مشكلات الحياة اليومية. وتنوع نشاطاته وفضوله. واشباعه لدوافعه وحاجاته وثبات اتجاهاته، وتصديه لمسؤولية افعاله وقراراته. ولاشك في أن قدرة الفرد على تحمل مسؤولية أفعاله. وما يتخذه من قرارات هو احدى علامات التكامل والصحة النفسية في آن واحد. كما ان التهرب من المسؤولية هو دلالة على عدم تفاعل النضج الانفعالي.

2: 3: 3 العوامل الأساسية في التكيف :

الا ان هذه الخصائص المميزة للشخصية السوية تصطدم في غالب الأحيان بعدد من العوامل التي تساعد في احداث سوء التكيف لدى الفرد.

فحاجاته الى الطعام والشراب والراحة والتخلص من الفضلات من ضرورات البقاء لا يستطيع الاستغناء عنها دون اشباعها. اما حاجاته الشخصية فتتمثل في حاجته الى المحبة والنجاح والتقدير والاحترام.. الخ. وكلما قل اشباع الفرد لهذه الحاجات، كلما ازداد توتره، وعدم اتزانه الانفعالي. وغلبت عليه ظاهرة الاضطراب التي تضعف قدرته على التوافق. وان عددا كبيرا من نواحي الاضطراب وعدم التوافق ناتجة في العادة من الشروط الفسيولوجية لبناء الجسم نفسه. فقد يؤدي ضعف عضو في الجسم : كالسمع او البصر الى ابتعاد الفرد نحو العزلة. كما قد يؤدي افراز الغدد في الجسم الى اضطراب في حساسية الفرد ونشاطه مما قد يخلق عددا من المشكلات المرضية بالنسبة له. وتشير المظاهر الجسدية والشخصية للفرد إلى تقبله لمظهره الجسمي والشخصي.

وتعتبر مرحلة الطفولة من اهم المراحل التي يمر بها الفرد في حياته حيث تتشكل قدراته وانماط سلوكه، وشخصيته. وان تلك الخبرات التي يمر بها تمثل القاعدة الاساسية في تكيفه او عدمه. وبالرغم من ان الغالبية العظمى من الافراد يميلون في مستوى ذكائهم نحو الوسط. الا ان عددا قليلا منهم يميلون نحو الابداع والتفوق او نحو الضعف العقلي. وان هذا التفاوت في القدرة العقلية يشكل ميدانا واسعا لحالات سوء التوافق للفرد وكذلك التفاوت في المستويات الثقافية والاجتماعية لدى الافراد. تؤثر هي ايضا في مستوى التوافق لديهم. وموقف الانسان من نفسه ومعرفته بقدراته وامكاناته، وتقبل ماعنده او رفضه وعدم القبول به وتقديره لمكانته بين اقرانه تؤثر جميعها في مستوى تكيفه.

وتمر المجتمعات الانسانية بفترات تاريخية تغلب عليها صفة الفوضى والاضطراب وانعدام الأمن مما ينعكس هذا على افراد المجتمع بأشكال مختلفة من سوء التوافق. وبازدياد استخدام وسائل الاعلام اليومية في حياة الناس وازدياد التنافس على تقديم المسلسلات والبرامج المثيرة. والصدمات او الخبرات المفاجئة. تخلق اشكالا مختلفة من سوء التوافق

2: 3: 4 العوامل النفسية لسوء التكيف :

الفرد السوي هو الفرد الذي يقف من المشكلات موقفا ايجابيا بناءا. بمعنى أنه يواجه العوامل التي تسبب المشكلات. ويحاول - في حدود امكانياته - أن يزيل هذه العوامل او يتغلب عليها. وذلك عن طريق مواجهتها مواجهة موضوعية.

والفرد غير السوي أو غير المتكيف هو الفرد الذي لا يستطيع أن يحقق هذه الصفات العامة في سلوكه. فهو لا يعالج العوامل الأصلية التي تسبب المشكلة. بل يعالج مظاهرها فقط. بمعنى أنه يحاول أن يخفف من حدة التوتر الناشيء عن المشكلات التي يواجهها في المجتمع باستخدامه أحد الأساليب التالية :

والأساس في انعدام التكيف السوي هو وجود صراع انفعالي لا شعوري ينشأ من خلال عدد من العوامل البيولوجية والبيئية والنفسية المحيطة به. ويمثل الصراع أحد الخواص اللازمة للحياة في سن معين وفي كل مرحلة أو كل طبقة اجتماعية. الا أن أنواع الصراع تختلف فيما بينها. فبعضها يكون عميقا. وبعضها الآخر قوي. كما أن بعضها يكون شعوريا، وبعضها الآخر لا شعوري. ويعرف الصراع بأنه حالة يمر فيها الفرد لا يستطيع إرضاء دافعين معا. ويكون كل دافع منهما قائما لديه.

فقد حدد ليفين Lewin ثلاثة أنواع من الصراعات ثم أضاف إليها نوعا رابعا فيما بعد حيث يمثل صراع الإقدام في وجود موقفين متعادلين من حيث الصفات التي تجذب الفرد نحو كل منهم. ولكن يتعذر على الفرد إشباعهما في وقت واحد.بينما يتمثل صراع الاحجام في وجود الشخص في حالة ينشأ عنها موقفان كلاهما يلحق به ضرر ما. ويتمثل صراع الإقدام والإحجام في النزوع الى شيء ورغبة في تجنب آخر. يأتي لاحقا بذلك الشيء. او يكون الشيء نفسه منطويا عليه. أما صراع الإقدام والإحجام المزدوج فقد تظهر دوافع جديدة لدى الشخص تدعم الإحجام نحو موضوع النزاع أو الاتجاه عنه. وهو في الواقع نوع من التطور يسبب النوع الثالث من الصراع وهو صراع الإقدام والإحجام.

وتحدث فرويد عن التكون العميق للشخصية. مشيرا الى ان الدوافع المتصارعة لا ترجع دائما إلى جانب واحد. ولذلك، فانه يمكن النظر إلى أنواع الصراع من حيث الصراع بين الهو والأنا: حيث يحدث الصراع بين دوافع الهو حين ينطوي الهو على دافعين يسعى كل منهما نحو غرضه ولا يمكن تحقيق الغرضين معا والى الصراع بين الهو والأنا الأعلى بحيث تكون دوافع الأنا الأعلى لدى الفرد مما لا يمكن التوفيق بينه وبين الحاجات الأولية للهو. والصراع بين مكونات الأنا الأعلى : حيث يحدث أحيانا صراع بين قيمة أخلاقية وأخرى أو بين معيار اجتماعي وآخر مما ينطوي عليه الضمير. أو بين واجب وآخر.

كما يمكن النظر إلى الصراع من حيث ما يتم من تفاعل بين الفرد ومحيطه. فيحدث الصراع في حالات بين دوافع أو حاجات داخلية. وتكون الصبغة الغالبة فيه تعارض هدف أو غرض دافع مع غرض دافع آخر. وذلك، دون أن تكون شروط الواقع حول الشخص. ومثل هذا الصراع يأخذ عددا من الأشكال. فمن الممكن أن يحتاج الرجل لاشعوريا الى الاستقلال بالنسبة لموقفه الداخلي من زوجته. وأن يكون في الوقت نفسه

تحت تأثير حاجة لاشعورية أخرى غرضها الاعتماد على الزوجة اعتمادا يقرب من التبعية. والصراع بين دوافع مرتبطة مباشرة بمطالب خارجية. فقد يحدث أحيانا أن تطلب الأم شيئا تريده لابنها وأن يطلب الأب شيئا آخر يريده لابنه. والطلب الأول يثير دافعا لدى الابن وكذلك الثاني. ولا يكون الأمران في اتجاه واحد. ولا يمكن تحقيقهما معا. ويغلب في حالات الصراع لدى الفرد أن تجتمع فيها حاجات أو دوافع داخلية وحاجات أو دوافع تثيرها مباشرة مطالب خارجية محيطة. ويكثر أن يأخذ هذا الصراع شكل صراع بين مجموعتين من الدوافع. مثال ذلك : حاجة الجندي إلى الماء الموجود خارج المكان الذي يحتمي فيه وشعوره بوجود عدو ينتظر خروجه. وحاجة الطفل إلى تناول قطعة من الحلوى ووجود من يوقع عقابا فيه إن هو فعل ذلك.

وفي كل الأحوال يبدو الصراع كثيرا في حياة الإنسان الواقعية السوية. ويظهر حركيا ودافعا نحو إيجاد الحل بالنسبة للدوافع المتصارعة. ويحتمل أحيانا أن يكون على شكل انسحاب من الموقف كله. ويلحق الإحباط بذلك. وقد يكون الحل على شكل إشباع دافع دون آخر. ومن الممكن هنا ظهور الإحباط أيضا. وقد يطول الصراع. وهنا تصبح تربة السلوك أكثر خصبا لإمكانات ظهور الانحراف.

ويشير الإحباط إلى العملية التي تتضمن إدراك الفرد لعائق يحول دون إشباع حاجاته أو تحقيق هدفه أو توقع الفرد حدوث هذا العائق في المستقبل. ويحدث الإحباط حين يواجه الفرد عقبات تقف في وجه إشباعه لحاجاته. كالعوامل الاقتصادية في فقدان الدخل أو عدم وجود دخل كاف يسمح بشراء ما هو مرغوب. وفي بعض الحالات يكون الدخل نفسه هو الأمر المرغوب، لانه قد يمثل بطريقة رمزية الأمن او المركز أو القوة. أو عوامل مادية كالعاهة أو أوجه القصور الجسمي أو النقص العقلي أو البعد الجغرافي أو الحواجز المحسوسة كالسياج أو نحوه والشيخوخة. وعوامل خاصة بالمجتمع : القواعد والقوانين، العادات، معايير المؤسسات، اتجاهات التحيز أو التعصب عند الناس. او عوامل مهنية كظروف العمل، ومتطلبات الترقية، ولوازم الإنتاج، والعلاقات بين العاملين. والعلاقات بين الأشخاص : كمنافسة الآخرين، وعدم فهمهم أو مشاركتهم لشعوره، وفرط الاهتمام من قبل لوالدين لمجرد أن للآخرين حاجاتهم كذلك.

ويشير القلق إلى: حالة نفسية تحدث حين يشعر الفرد بوجود خطر يهدده. وهو ينطوي على توتر انفعالي تصحبه اضطرابات فيزيولوجية مختلفة.

ويعاني كل شخص من ضغط القلق في فترات مختلفة من حياته. وبالتالي، فالقلق حالة عامة. والقلق العام منه نوع خفيف يظهر على شكل إشارة تحفزنا إلى إطلاق الطاقات الداخلية بغية الدفاع عن الذات وحفظها. أما القلق العصابي فليس عاما. وانما هو حالة خاصة تستدعي الرعاية والعلاج. واستعداد الشخص للقلق ليس دليل شذوذ عنده. بل هو وسيلة في سعيه وراء التكيف. ويظهر الناس تفاوتا في القلق وشدته.

فالأشخاص الذين تكون ثقتهم بأنفسهم شديدة وقائمة على خبرة واسعة ويكونون أقوياء محبوبين يكون مدى بعدهم عن القلق أوسع من مدى الذين تكون ثقتهم بأنفسهم ضعيفة ويكونون غير محبوبين.

2: 3: 5 مظاهر سوء التكيف

ولما كانت انفعالات الفرد وتوتراته. تمثل استجابات تعتمد اساسا على ادراكه للمواقف الضاغطة. بحيث تشمل عددا من ردود الفعل الفزيولوجية والنفسية لمواجهة الموقف. فقد أشارت الدراسات العديدة على الدور الكبير الذي يلعبه الدماغ ممثلا بأجزائه الثلاثة: الهيبوثلاموس، والجهاز الطرفي، والفص الجبهي. في التحكم في حالات القلق والتوتر للفرد.

ونتيجة لتعرض الفرد لموقف ضاغط. تتغير قوة وسرعة ضربات القلب حسب الموقف الضاغط. وتتغير وظائف الكلية ونسبة الماء والاملاح في الجسم. ويزداد افراز الماء والاملاح ويكثر التبول. ويلاحظ أنه خلال عمليات الاجهاد النفسي، تزداد كثافة الدم. وتصبح امكانية الاصابة بالتجلط واردة. ويداد الجهاز العصبي توترا وتتحول الى تغيرات لا ارادية تحت الموقف الضاغط. ويسرع التنفس او يبطء. ويزداد عمقا او يصبح سطحيا تبعا للحالة الانفعالية المصاحبة للموقف الضاغط. ولحركات التنفس اثر بالغ في تغير نبرات الصوت وسرعة الكلام وشدته. وتنشط الغدتان المجاورتان للكليتين في الخوف والغضب والتهديد بخطر مفاجيء. فتفرز كميات كبيرة من الأدرينالين. ويزداد انتاج الكبد للسكر الذي يغذي العضلات. ويزيد من نشاطها. كما أن هناك علاقة قوية بين المواقف الضاغطة وكمية جريان الدم.

ولما كان القلق الناجم من مواقف الاحباط والصراع والكبت يمثل حالة غير سارة لدى الفرد. فقد استخدم فرويد Freud مصطلح ميكانزمات الدفاع Defense mechanism للاشارة الى العمليات اللاشعورية التي تحمي الفرد ضد القلق والتي يمكن تصنيفها في ثلاثة أساليب هي:

وتشتمل **أساليب الدفاع الهجومية** على التعويض الزائد Excessive compensation، التبرير Rationalization،الاسقاط Projection، التقمصIdentification، النقل Replacement بينما تشتمل **الأساليب الانسحابية:** على:الانعزالية والانزواءIntroversion، التخيل وأحلام اليقظة Fantasy، النكوص Regression **وتشتمل الأساليب الاستعطافية** على الهستيرياHysteria، الوسواسObsession، القهرCompulsion، الفوبيا أو المخاوف المرضي Phobia.

فقد يستخدم الفرد التبرير :Rationalization للتغطية على انماط السلوك التي تظهر لديه نتيجة دوافع حقيقية تتعارض مع المعايير الذاتية له. وهي تساعده في اعطاء صيغة منطقية ومعقولة اجتماعيا لأنماط السلوك الذي يحدثه. فتظهر وكأنه يتصرف بشكل مناسب ومعقول. **وقد يعمل الكبت : Repression** على منع الفرد من وعي النزوات والأفكار التي تستثير القلق عن طريق اعادة هذه النزوات والأفكار من الظهور في العالم اللاشعوري للفرد.

ولكل فرد خصائصه وسماته التي لا يحب أن يعترف أنها موجودة عنده. وعن طريق **الاسقاط Projection** يقوم بالصاق هذه الخصائص التي لا يحبها على الناس الآخرين. فقد يقوم الفرد باغفال دافع معين عن طريق **اظهار عكسه تماما** Reaction formation وعندما يفكر الفرد بنفسه على أنه يشبه شخصا آخر مهما أو انه يمتلك صفات يرغب أن تكون موجودة لديه. فانه يحاول **تقمص Identification** هذا الشخص أو تلك الصفات. وقد يصطدم الفرد بعائق يعوق اشباع دافع لديه. ويصعب التغلب على هذا العائق. فانه يمر بحالة احباط وخيبة أمل شديدة. فيعود الى اسلوب **قديم Regression** كان قد اعتاد ان يحصل على بعض الطمأنينة منه. **وقد ينقل الفرد موضوع عاطفته** او تخيلاته من موضوعها الأول الى موضوع آخر. وقد يكون الموضوع الأول شخصا او شيئا ما. وكذلك الثاني Substitution. وقد يستجيب لمصدر الاحباط بشكل مختلف تماما. فيظهر وكأنه غير **ميال Apathy** او مهتم للموقف الضاغط الذي يواجهه. وقد **ينسحب Withdrawal** ازاء موقف الصراع والاحباط. وكأنه يحاول بذلك الابتعاد عن طريق تجنب الاتصال المباشر مع الآخرين أو أي نوع من السلوك الموجه نحو هدف. والذي يحمل في طياته امكانية مضاعفة القلق. كما قد ينسحب الى عالم **التخيل Fantasy** وحل مشكلته على الأوهام والخيالات بدل الحقيقة. وقد ينزع الفرد لاظهار **سلوك مكرر Stereotypy** على الرغم من انه يخدم عرضا واضحا. وان هذا السلوك عديم الجدوى. وقد يتجه الفرد نحو مصدر الاحباط. **فيعتدي عليه Aggression** بشكل مباشر سواء كان مصدر الاحباط طبيعيا او اجتماعيا او ذاتيا. فيظهر العدوان حركيا : كالضرب او لفظيا : كالشتم والتهديد. أو رمزيا : بحيث لا يتمكن الفرد من توجيه عدوانه نحو مصدره الأصلي للاحباط فيلجأ الى توجيهها نحو مصدر آخر له علاقة مباشرة بالمصدر الأصلي.

2: 4 تطور مفهوم المرض النفسي

السلوك السوي والسلوك الشاذ مفهومان لا يفهم أحدهما إلا بالرجوع إلى الآخر. والفرق بينهما فرق في الدرجة وليس في النوع بين السوي واللاسوي، أو بين العادي المألوف والشاذ، أو بين الصحة النفسية والمرض النفسي. ويمكن ترتيب الأفراد على متصل مستمر بين السوية واللاسوية. وبين العادية والشذوذ. وبين الصحة النفسية والمرض النفسي. فالسوية تعني القدرة على توافق الفرد مع نفسه ومع بيئته والشعور

بالسعادة وتحديد أهداف وفلسفة سليمة لحياته يسعى لتحقيقها. والشخص السوي هو الشخص الذي يتطابق سلوكه مع سلوك الشخص العادي في تفكيره ومشاعره ونشاطه. ويكون سعيدا ومتوافقا شخصيا واجتماعيا. والشخصية غير السوية تعبر عن الانحراف عما هو عادي. والشذوذ عما هو سوي واللاسوية حالة مرضية فيها خطر على الفرد نفسه وعلى المجتمع تتطلب التدخل لحماية الفرد أو حماية المجتمع منه. (Davison& Neale، 2004)

وتشير الدراسات الحديثة التي أجريت على القبائل البدائية إلى أن المرض النفسي كان موجودا بالفعل لدى إنسان ما قبل التاريخ. إلا ان هذا المرض قد اتخذ في تلك الفترة من الزمن صورة تتوقف على التطور الحضاري الذي وصل إليه الإنسان آنذاك من حيث:

تطوره العقلي، والضغوط المرتبطة بصراعه عن أجل البقاء وأنواع هذه الضغوط، وما سمحت بوجوده الأنظمة الاجتماعية أو الحضارية البدائية التي كانت سائدة في عصره. وتشير الجماجم المتبقية للإنسان الأول والتي أمكن العثور عليها الى احتمال وجود صور بدائية من الجراحة (التربنة) التي كانت تقوم على العلاج بالطقوس. حيث كانت الجماجم تثقب ثقوبا دائرية باستخدام ما تيسر من أدوات القطع الغليظة بهدف إخراج الأرواح الشريرة التي تسكن داخل جسد المريض من خلال هذا الثقب الدائري الذي يحدثونه في الجمجمة.

إلا ان التطور الحضاري للإنسان ساعد في تفسير المرض العقلي بشكل أكثر وضوحا نحو اتجاه الشياطين والأرواح الشريرة معتقدين أن هناك أسبابا من خارج الجسم الإنساني هي المسؤولة عن ظاهرة المرض العقلي هذه. واتجهت العديد من الحضارات القديمة " كالصينية والمصرية والعبرانية " إلى الإيمان بالأرواح أو الآلهة لتفسير هذه الظاهرة ولجئوا إلى الأرواح الشريرة والى الجن والشياطين لتفسير الأمراض العقلية. وقد ذكرتا الروايات التاريخية عددا من القصص التي تدل على هذا الاتجاه. ومن هذه القصص قصة ابنة أحد الفراعنة المصريين كان قد أصابها مس من روح شريرة ثم شفيت منه بروح خيرة. وقصة ملك اسمه هيروكيوليس Hercules كان هو أيضا قد أصيب بنوبة عقلية، فاستدعى كاهنه الذي يسمى ميلامبوس Melampus حيث كان لهذا الكاهن شهرة كبيرة. وكان سببا في شفاء هذا الملك. ونسب الى الكاهن ايضا انه عالج بنات ملك مملكة آرجوس Argos حيث كن قد سرقن ذهبا من تمثال الآلهة هيرا Hera مما سبب نزول اللعنة عليهن، فأصبن بالجنون وأخذن يهمن على وجوههن كأبقار في الحقول

ويعتبر أمنحوتب " 4000 ق. م " أول طبيب في مصر القديمة عالج المجانين باعتبارهم مرض عقليين. وكان هدفه في العلاج أن يعود السلام الى حياة المريض. وأشارت الروايات التاريخية أيضا إلى أن المصريين القدماء هم أول من ميزوا المرض النفسي ووضعوه وكتبوه على أوراق البردي منذ عام 15.. ق. م(زهران ،2005).

وكان البابليون (2342 - 2288 ق. م) يعزون الاضطرابات العقلية إلى اثر الأرواح الشريرة، وكانوا يلجئون إلى التعاويذ والأناشيد الدينية في معالجتها. بينما تميز الأطباء الهندوس (1400 ق. م) بالحنان والشفقة ومراعاة مشاعر الآخرين وبالإيمان والصلاة لدى معالجتهم للمرضى العقليين. أشارت الروايات التاريخية إلى طريقتهم في العلاج كأن يقول : " يا الهي... من الأعماق. يا الله... من القلب، قدرة الخالق في الأرض " وهي دعوات كان الكهنة يرسلونها ضمن رسائل العلاج لذوي الاضطرابات العقلية، ويستمرون في دعواتهم هذه : " خذ هذه أسقطها في الماء من الفم الى النهر، امنحه هذه القوى السحرية العليا، رش الرجل (المريض العقلي) بالرذاذ - المطر الخفيف – (Carson, et al. 2003).



ووصف العبرانيون مرضى الصرع وسموه بالمرض المقدس لان الملك شاؤل كان مريضا به. كما وصفوا أمراض الزهو والاكتئاب والهستيريا والهذيان الناتج عن الحمى وفرقوا بينه وبين الاختلال العقلي الناتج عن مرض الشيخوخة.

أما المصريون القدماء، فقد اعتقدوا بأن القوى الخفية في الكون تؤثر في سلوك الإنسان. وقال ان هذا السلوك ما هو إلا نتيجة لتفاعل القوى الخفية الخارجية مع العناصر الداخلية لدى الإنسان. وبرع المصريون في تفسير الأحلام. وقالوا ان تفسير الأحلام يقع غالبا في المستقبل اكثر منه في الماضي او الحاضر، واستعانوا بالأحلام في التأثير على الإنسان ليغير من سلوكه نحو الأفضل اعتقادا منهم ان الأحلام ما هي إلا رسالة من القوى الخفية في الكون إلى الجانب الخبيث لدى الإنسان (ثابت، 1986)

وانتشرت في المصادر الإنجيلية إشارات تنسب الجنون الى سيطرة الشياطين نتيجة ارتكاب مخالفات خلقية. فكان المريض العقلي يعالج في غالب الأحيان برجمه أو يضطر إلى التكفير حيث كان الناس يلتمسون الأنبياء والمرسلين بشيء من الخشوع بسبب ما بهم من مس. وكثير منهم كان يتحول نحو الدين بعد فترات من الاضطراب العقلي الشديد. وتزداد تقاريرهم حول الرؤى والتغيرات المزاجية. مما أوجد تناقضا واضحا في طرق العلاج التى كانت سائدة في ذلك العصر.

أما اليونانيون، فقد انشغلوا بفكرة المرض العقلي والأساطير التي كانت تقوم حوله، فكان الجنون بالنسبة إليهم قوة إلهية مؤثرة لديهم، ونقلت الروايات التاريخية آن هرقل أصيب بالجنون لان ليسا Lessa آلهة الليل والجنون أرادت ذلك. وان بنات

بروتيوس Protous أصبن بالهذاء، فكن يسلكن وكأنهن أبقار بسبب نقمة الآلهة عليهن. كما سادت التناقضات في طريقة علاجهم للمرض العقلي. فبينما كانوا يلتمسون لدى البعض منهم شيئا من الحكمة والمعجزة، يرجعون البعض الآخر للتخلص منهم بسبب كرههم الشديد له (Carson, et al., 2003)

واشتهر الرومان بأنهم أهل دولة وعمل، واهتموا بالنواحي الاجتماعية والتطبيقية للعلاج النفسي. فقسموا الأمراض العقلية الى قسمين: أمراض عقلية قابلة للشفاء. وأمراض عقلية غير قابلة للشفاء. وقاموا بوضع القوانين الخاصة التي تحمي هؤلاء المرضى وتحافظ على مصالحهم، لأن المرضى العقليين كانوا يعاملون في تلك الفترة معاملة سيئة، وتبدو كلمة " مجنون " على اعتبار أنها كلمة سوقية. كما ظهر المرض العقلي في كتابة الفلاسفة والمفكرين في ذلك العصر

فقد **تمكن أبو قراط Hippocratic (460 - 357 ق. م)** نتيجة عمله في العلاج من التعرف على الكثير حول الهستيريا والهوس والصرع والتدهور العقلي. واعلن ان الصرع Epilepsy " وهو مرض كان يعتبره العبرانيون مقدسا " ليس به من القدسية او الروحية إلى درجة تعلوه عن الأمراض الأخرى. وانما هو مرض يعود إلى أسباب طبيعية أرجعه الناس إلى أصل روحي بسبب قلة خبرتهم، وبسبب تعجبهم من طبيعته الغريبة. وأكد أبو قراط Hypocrites على وجود أسباب جسمية طبية للأعراض النفسية من قبيل الأعراض التي تنشأ عن الجروح أو التلوث أو التغيرات الفسيولوجية في عصر كان لا يزال الاعتقاد فيه بوجود أسباب روحية سائدة. وأشار أبو قراط Hypocrites الى الضغوط البيئية باعتبارها عاملا له أثره في نشوء الأمراض العقلية دون اقتصار على الأسباب الجسمية فقط. وذهب إلى القول ان المرأة ذات البشرة الفاتحة التي قدمت للمحاكمة يمكن ان تحمل طفلا اسود البشرة نتيجة ما أصابها من عناء الانفعال العميق عندما نظرت لأول مرة إلى تلك القبيلة الأثيوبية. ورفض أبو قراط Hypocrites فكرة ارتباط المرض العقلي بغضب الآلهة وقال بأن اللجوء الى تفسيرات فلسفية إلهية يعتبر عجزا واضحا لدى المشتغلين بالأمراض العقلية. وقام بتفسير الأمزجة المختلفة والاضطرابات الوجدانية التي صادفها في مرضاه تفسيرا فسيولوجيا فآمن أن الإنسان يعكس العناصر الأربعة الأساسية في الكون : الماء والتراب والنار والهواء. وكان يقال أن السوائل في جسم الإنسان كمثل هذه العناصر : فالحرارة الصفراء مشتقة من التراب، والمرارة السوداء مشتقة من الماء، والدم مشتق من النار، والبلعم مشتق من الهواء.

وأكد **أفلاطون : Plato (427 - 347 ق. م)** ما جاء به أبوقراط من أن الدماغ يلعب دورا كبيرا في الحياة العقلية للإنسان، واعتقد بان الروح تتكون من قسمين : **الروح الخيرة :** وهي روح خالدة ومقدسة وطاهرة ومركزها الدماغ ووظيفتها العقل.

والروح الشريرة : وهي غير خالدة. وهي مصدر جميع رغبات الإنسان ونزعاته وشهواته ومقرها الصدر وتكون سببا للمرض العقلي والجنون

أما **أرسطو : (384 - 322 ق. م)** وهو أحد تلامذة أفلاطون، جاهد في سبيل إنشاء فلسفة تستوعب العلم كله. وكان يرى في سلوك الإنسان وتصرفاته مرتبة محدودة في سلم يربط بينه وبين غيره من الكائنات الحية. وقال بان حواس الإنسان إنما وجدت لان الروح او العقل تحتاج إليها وتستخدمها. ونادى بضرورة دراسة الإنسان عن طريق الحواس مما أفاد ذلك لامارك عند دراسته لمفاهيم الوراثة. واعتقد أر سطو ان الاستجابات السيكولوجية يرتبط بعضها ببعض في تتابع من الأحداث المترابطة. وبذلك لا يكون هناك مجال لتصنيف الاستجابات الى استجابات صحية واستجابات مريضة. بل قد تبدو الاستجابة المرضية مختلفة متغيرة إذا هي صدرت عن شخصية طبيعية سليمة. وقد تكون هذه الاستجابة بمثابة المرحلة الهامة الأولى من التفكير المنتج ومثل على ذلك بقوله إن الشاعر ماراسكوس Marascos لم يكن ليتمكن من الكتابة الممتازة إلا حين يشكو من الهوس.



وبالرغم من الأفكار التي طرحها ارسطو. إلا انه كانت لديه اتجاهات فكرية أخرى ساعدت على تعطيل تطور الفكر السيكولوجي، حيث كان يرى إن كل الأمراض النفسية هي ذات اصل عضوي أو جسمي. وان الدماغ قابل للتأثير بالمرض. و لايمكن ان تؤثر العوامل البيئية او الحضارية تأثيرا مباشرا بالدماغ

وفي تلك الفترة التي عاش فيها **سلسوس Celsus(100 - 25 ق. م)**. فقد انشغل الرومانيون بتنمية مهاراتهم المتصلة بحكم إمبراطوريتهم التي بلغت أوج عظمتها في تلك الفترة من الزمن. ومع ذلك فقد أشارت رسائل سلسوس Celsus التاريخية عن عودة التفكير الخرافي القائم على التطهر والصوفية إلى درجة انه عندما كانت تظهر بادرة سوء أو نذير من نذر الشر بين المواطنين كان يشاهد أحدهم خلال نوبة صرع فانهم يسارعون إلى دعوة المواطنين الى اجتماع خاص. وقد ترتب على هذا الأمر زيادة الاتجاه لديهم نحو إجراء عمليات العلاج ضد هؤلاء المرضى. وكان على المريض ان يتعلم الانتباه والالتفات حتى يتمكن من ان يتعلم ويتذكر ما يصنع عن طريق التجويع والعقاب والإرهاب. وقد ازداد عدد الذين تم تشجيعهم بوصفهم مصابين بالمرض العقلي نظرا لازدياد قدرة الأطباء على التشخيص والتعرف على عدد اكبر من إمارات الاضطراب العقلي.

ووجه أريتايوس **Aretaous (القرن الأول ق. م)** عنايته الى مسألة التطور المحتمل لمرض معين، وكذلك إلى تشخيص الأعراض الإكلينيكية التي تميز بين مرض ومرض آخر. وأيد الرأي القائل بأن الحالات العقلية العنيفة ليست إلا مغالاة وتضخيما لما يكون في شخصية الفرد أثناء السواء من استعدادات وأمزجة. كما آمن بان كلا من الهوس والماليخوليا مظهران لمرض واحد بعينه.

وكان **أسكليبادس Asclepaides (5. ميلادية)** طبيبا مختصا بالأمراض العضوية. أشار إلى الأمراض العقلية وعزا سببها إلى الاضطرابات الانفعالية التي تصيب الناس. وكان ينصح باستمرار بالرفاق المرحين وسماع الموسيقى وبالترفيه عن النفس كوسائل علاجية. ويعتبر أول طبيب رفض فكرة حجز المريض في غرفة مظلمة ونصح بوضع المرضى العقليين داخل حجرات مضيئة تتوافر فيها الشروط الصحية بصورة جيدة. وقال بان الظلام يزيد من مخاوف المرض ومشاعر البؤس التي تسيطر على المرضى العقليين مما يزيد من اعراض الجنون لديهم.

واستفاد سورانيوس Soranus من آراء الطبيب سلسوس Celsus وهو متخصص في الطب. كتب في حوالي نهاية القرن الأول للميلاد حول الأصول الواجب اتباعها في علاج المرضى العقليين. ونادى بوجوب معاملتهم برفق ودون قسوة، وان يوضعوا في حجرات صحية بعيدة عن الضوضاء على ان تكون هذه الحجرات في الطوابق الأرضية من المبنى حتى لا يلقي المرضى بأنفسهم من الطوابق العليا.

أما **كايليوس لأوريليانوس Caelius Aurelianous** فقد تناول المرض العقلي من زاوية الانحرافات الجنسية. واعتبر الجن مصدرا للاضطرابات العقلية التي تصيب الرجال والنساء على حد سواء

و تأثر جالينوس Galen بآراء أبو قراط وكان مهاجما شديد قوى التعبير عن معتقداته. اعتقد جالينوس Galen أن الدماغ لا القلب هو مكان الروح العاقلة. ووجد أنه حينما يضغط على القلب فان الأوعية الدموية تتأثر دون غيرها من أجهزة الجسم، في حين أن الضغط على الدماغ تنتج عنه حركات لا شعورية قد تؤدي إلى الشلل. وكان يرى أن العضو المتأثر بالمرض قد لا يكون بالضرورة هو الجزء الذي يستقر فيه المرض. وقد اعترف بأهمية العلاقة بين شخصية الفرد وصحته الجسمية

وبوفاة جالينوس Galen بدأت فترة مظلمة في تاريخ العلاج النفسي استمرت حتى عام 800 ميلادية حيث ساءت في تلك الفترة من الزمن معاملة المرضى العقليين. فاتسمت معاملتهم بالرعب والقسوة وعدم التسامح. وكان يتم البحث عن المرضى العقليين بهدف قتلهم وأبادتهم بصورة جماعية او رجمهم بالحجارة حتى تسيل دماؤهم. وكانت الكنيسة في روما تسيطر على عقول الناس. وتناولت الروايات التاريخية عن ان ملك

فرنسا فرنسيس الأول أمر بقتل ما يقرب من (100,000) شخص ممن كانوا يعانون من الاضطرابات العقلية في ذلك الوقت.

ولم يبرز الباحثون العرب ما قدمته الحضارة العربية الإسلامية من إنجازات علمية كبيرة واثراء للحضارة أو المعرفة الإنسانية والتي تمتلئ مخطوطاتهم المكتبات العالمية.

فقد أجاد ابن سينا : (98 - 1.37 م) : (وهو عالم وطبيب وجراح نفسي) اللغات اليونانية واللاتينية والعبرية والعربية. وأول من اكتشف العامل النفسي في إنتاج المرض العقلي. واعتبر المؤسس الأول للطب السيكوباتي في بيان علاقة الأمراض الجسمية كاستجابات للاضطرابات النفسية. واستخدم التحليل النفسي في علاج مرضاه. فكان أول من طبق الاتجاه التحليلي في العلاج النفسي. وكان يشير على مرضاه بالزواج من اجل توجيه طاقات الجنس توجيها سليما. وكان كذلك اول من طبق العمليات الجراحية لمرضى العقول أحرز فيها نجاحا ملحوظا مما حدا بالباحثين إلى اعتباره أول من ادخل التجريب في علم النفس.

تحدث ابن سينا عن دور الوراثة وأثرها في المرض النفسي دون ان يهمل تأثير البيئة في الاضطرابات النفسية. وعارض فكرة عزل المريض في السجون او الحجز. ونادى مقابل ذلك إلى إقامة المصحات النفسية من اجل العلاج النفسي والجسمي والعقلي ولم يعزل بين أي من هذه الأمراض جميعا لاقتناعه بان هذه الأمراض النفسية والجسمية والعقلية ترتبط جميعا فيما بينها.

استخدم ابن سينا في علاج المرضى العقليين والنفسيين الأدوية والعقاقير. واستخدم طرقا عديدة من أساليب العلاج التي نادت بها كثير من نظريات العلاج النفسي الحديثة واستخدم الحمامات والاسترخاء وطبق الجراحة ونصح بالزواج ونادى بتغيير بيئة المريض وتنظيم غذائه. وصنف الأمراض العقلية والنفسية من حيث الدرجة والنوع واستفاد من منهجية آرسطو والمعرفة الفيزيولوجية عند ابوقراط Hypocrites وأسلوب جالينوس Galen في العلاج النفسي مما ساهم الى حد كبير في صياغة نظام متكامل للطب النفسي والعصبي عنده.

وكان **ابن رشد (1126 - 1198 م)** عالما وطبيبا وفيلسوفا. قام بتصنيف الأمراض وفرق بين الأمراض العقلية الحادة والأمراض المزمنة. مشيرا في ذلك إلى ان بؤرة المرض هي في الدماغ والبطن. وشدد على الأثر النفسي وعوامل البيئة في تكوين المرض واعترف بأثر العامل الوراثي في تكوين المرض العقلي. ونشر مبادئه السيكولوجية في عدد كبير من المصحات العقلية التي انتشرت آنذاك في اسبانيا. واشتهر في كتاباته بالشك النقدي اللاذع مما اكسبه ميزة على فلاسفة ومفكري عصره بتفضيله النظرة الموضوعية العقلية في تحليل الامور. ومن ابرز ارائه انه رفض اعتبار الوراثة

سببا رئيسا في تشخيص المرض وعلاجه. وركز بالمقابل على العوامل البيئية ونادى بتغيير سكن المريض وبيئته كأسلوب علاجي ناجح.

وتعتبر هذه المرحلة من أشد العصور ظلاما وقسوة ضد مرضى العقول. وتميزت بسيطرة رجال الكنيسة (الأكليروس) الذين اشتهروا بقيامهم بحرق العلماء والمصلحين، والسيطرة على عقول الناس، وقتل حوالي 100000 من المرضى العقليين أيام حكم فرنسيس الأول بفرنسا. كما تم إحراق حوالي (500) من المرضى العقليين في جنيف. وخلت أوروبا من مستشفيات أو معاهد خاصة ترعى المرضى العقليين، ووضع المرضى العقليون في سجون حقيقية يزورها الجمهور أحيانا من أجل مشاهدة الحركات المضحكة التي كانت تصدر منهم. بالاضافة الى سوء معاملة المرضى العقليين مثل حريق لندن الشهير عام 1814 في مستشفى يورك York الذي ابتلع بنيرانه آلاف المرضى العقليين.

أما ملاجئ المرضى العقليين فقد تميزت بخلوها من نوافذ الهواء وتجديد الهواء فيها معدوم، وتجميع اكبر عدد من المرضى في غرف صغيرة وعدم وجود عناية أو نظافة لهم مع اهمال تام بهم

وبدأ التغيير يهب في نظرة المجتمعات الأوروبية لذوي المرضى العقلي:

فقد أنكر العالم السويسري باراسيلسوس Paracelsus علم التنجيم، واعترف بالأسباب السيكولوجية للمرض العقلي. ووضع باراسيلسوس Paracelsus نظرية المغناطيسية الجسمية Bodily Magnetism والتي اعتبرت البدايات الأولى لعملية التنويم المغناطيسي Hypnosis + Hypnotism. حيث قام الطبيب النمساوي مسمر Mesmer بتنويم مرضاه لعلاجهم. ونشأ التحليل النفسي Psychoanalysis من التنويم المغناطيسي على يد شاركو Charcot والذى لاقى نجاحا كبيرا في العلاج العصبي بمستشفى سالبيترير Salpetrier وكان شاركو مهتما بدراسة الهستيريا وعلاجها. واعتبر فرويد أحد تلاميذ شاركو ومتخصصا في الطب العصبي. استطاع فرويد تصحيح المفهوم الخاطئ بان الهستيريا تصيب النساء فقط بسبب تحول الرحم في جسم المرأة طلبا للإشباع الجنسي. ووجد فرويد حالات هستيرية لدى الرجال أيضا. وقام فيليب بينيل Philipe Pinel أستاذ أسكيرول بفك قيود النزلاء من المرضى العقليين بمستشفى بيستر Bicetre Hospital وهيأ لهم إقامة صحية ممتعة. وتنظيم نزهات لهم، وجولات حرة. وشدد على ضرورة دراسة تاريخ الحالة وعمل ملف لها. كما قام اسكيرول بتدريب الممرضين، واقترح محكا سيكولوجيا وظائفيا لهم Functional Psychological Criterion مستفيدا من دراسات الطبيب الفرنسي ايتارد Itard في الاهتمام بضعاف العقول وتصنيفهم اعتمادا على استخدام اللغة في التصنيف. وقاد سيجان حركة تدريب

ضعاف العقول بفرنسا مستخدما الأسلوب الفيزيولوجي Physiological Method لتدريب الحواس والعضلات Mussels + Senses Training.

وفي امريكا اللاتينية تم بناء أول مستشفى عقلي على يد هيبوليتو بالمكسيك San Hipolito وأشرف عليه برناردينو ألفاريتز Bernardino Alvaretz. وفي ألمانيا كان الطبيب انطون مولر Anton Muller من أبرز من نادى بضرورة معاملة المرضى العقليين معاملة إنسانية حسنة.

ونتيجة لذلك، فقد برز ظهور اتجاهين رئيسين للعلاج النفسي تمثلا في الآتي:

الاتجاه الأول : ويتمثل في المدرسة القياسية : Measurement + Testing وقد اهتمت هذه المدرسة بمبدأ الفروق الفردية Individual differences واستخدمت الملاحظة والقياس بشكل واسع. وقد اشتهر من العلماء كل من: غالتون Galton، بينيه Binet، تيرمان Terman، كاتل Cattell، وودورثWoodworth، ثورندايك Thorndike. وقد تميزت هذه المدرسة القياسية قبل الحرب العالمية الثانية باهتمام شديد في علاج مشكلات الأطفال، والعيادات المحلية، وادارة الخدمات العامة في الولايات المتحدة الأمريكية، ومؤسسات المعوقين، وضعاف العقول، ومراكز الأحداث. واعداد الاختبارات التي تقيس القدرة العقلية والتحصيل الدراسي والاستعدادات سواء كانت ميكانيكية أو موسيقية أو غير ذلك. وكشف نواحي العجز والصعوبات سواء كانت في الذاكرة أو النطق أو الإدراك السمعي أو البصري أو اللغة. واعتبر اختبار ستانفورد بينيه مرجعا جوهريا في قياس القدرات العقلية للأطفال. وظهر أسلوب العلاج باللعب Play Therapy وطبقته بنجاح آنا فرويد Anna Freud وميلاني كلاين Melanie Klein كجزء من أسلوب التحليل النفسي الفرويدي في العلاج. كما استخدم العلاج الفردي والجمعي للسجناء من المرضى العقليين. وبرز الاهتمام في اختبارات الشخصية بين الراشدين في مستشفيات الأمراض العقلية في أواخر الثلاثينات وبداية الأربعينات. وأدى قيام الحرب العالمية الثانية الى تغييرات هامة أبرزها :

- هجرة العديد من علماء النفس الأكلينيكيين من أوروبا الى أمريكا
- تقليل الاهتمام باختبارات الذكاء والتركيز حول الشخصية السوية وغير السوية.
- اهتمام وزارة الصحة الأمريكية بالبحوث الإكلينيكية والعلاج النفسي للكبار.
- مواجهة مشكلات الحرب وظهور مبدأ العلاج الجمعي Group Therapy
- ظهور أسلوب العلاج بطريقة التمركز حول الحالة لكارل روجرز Rogers
- عقد مؤتمر لتنظيم مؤهلات الأخصائي الاكلينيكي واعداده وتعليمه.

أما الاتجاه الثاني : فقد تمثل في المدرسة الديناميكية : Dynamic or Boston School حيث تميز هذا الاتجاه **بظهور جماعة بوسطن** Boston Group التي تكونت من : وليم جيمس W. James مؤسس علم النفس في الولايات المتحدة الأمريكية، وستانلي هول S. Hall، وولتر سكوت W. Scott. وحدثت تغييرات كبيرة في الميدان الإكلينيكي تمثلت فيما يلي :

- اتجاه أنظار علماء النفس الإكلينيكيين بالاهتمام في مشكلات التوافق لدى الكبار إضافة لاهتمامهم بمشكلات التوافق لدى الأطفال
- نقل الاهتمام الى قياس سمات الشخصية ومستويات التوافق لدى الفرد بدل قياس مستويات الذكاء والقدرة العقلية.
- انتقال الاهتمام الى العلاج النفسي الفعلي وعلاج الحالات.
- ساهمت التيارات التالية في نمو وارتقاء ميدان العلاج النفسي :

وظهرت أول عيادة نفسية في مستشفى بلوكلي بفيلادلفيا عام 1753 Blochly Insane Asylum وبرزت الدعوات للاهتمام بالمرضى العقليين. وتم وضع البرامج الخاصة بالطب النفسي في أمريكا. وقدمت الجمعية الأمريكية لعلم النفس منهجا إكلينيكيا في البحث والتعليم والتشخيص مشتقا من اختبارات فردية طبقت على عينات كبيرة. لتساهم بشكل واضح في تحسين العناية بالمرضى المصابين بالأمراض النفسية والعقلية وعلاجهم. ومحاولة الوقاية منها. وفتح عيادات إرشادية للأطفال. **كما ظهرت اختبارات الذكاء الفردية والجمعية**، واختبارات الميول والاستعدادات، والقدرات الميكانيكية التي ساهمت في تطور عمليات القياس. و**مقاييس الشخصية :** التي ساهمت بشكل واضح في تطوير أساليب العلاج النفسي. فظهرت مقاييس العصاب، والانفعالات، واختبارات الانبساط والانطواء، والاختبارات الاسقاطية بأنواعها المختلفة.

2: 5: تصنيف المرض النفسي:

اقترح عدد من الباحثين طائفة متنوعة من خطط التصنيف الخاصة بالاضطرابات السلوكية واطلقوا عليها الاضطرابات النفسية والعقلية. ولكن لم يقدر لأي واحدة من هذه التصنيفات سعة الانتشار أو الثبات. وتشير الدراسات المستفيضة في هذا المجال الى وجود أربعة تقسيمات رئيسية للسلوك الشاذ لدى هؤلاء الباحثين هي على النحو التالي :

2: 5: 1 التقسيم الذي يقوم على أسس نفسية :

بحيث يتم تقسيم الاضطرابات النفسية على أساس من علم النفس الأكاديمي: ففي دراسة لآرنولد عام 1782 فقد وضع تقسيمين رئيسين هما : اضطرابات في الإدراك والتخيل. واضطرابات في التصور. وقام برتشارد بتقسيم الجنون إلى جنون أخلاقي

وجنون عقلي. واشار هنروث إلى وجود اضطرابات الفهم واضطرابات الإرادة واضطرابات الاستعداد. وتحدث بوكنل وتوك عن قسمين رئيسين من الاضطرابات هما : عقلي ووجداني: وهذا ينقسم بدوره الى العواطف الاخلاقية والاستعدادات الحيوانية

2: 5: 2 التقسيم الذي يقوم على أسس فيزيولوجية :

ولم تتحدث الدراسات إلا عن القليل من فيزيولوجية العمليات النفسية المرضية وغير المرضية. كما ان هذا التقسيم يقوم في الأساس على فروض لتحديد مراكز في المخ لم تثبت صحتها بعد. حيث أشار الباحثون الى ان كل صور الاضطراب النفسي تتوقف على إحدى حالات ثلاث للجهاز العصبي هي حالة زيادة الإثارة، وحالة قلة الإثارة، وحالة عدم التوازن (دسوقي، 1979). بينما يشير ماينرت في تصنيفه على افتراضات فيزيولوجية تتعلق باضطرابات تنشأ من تغيرات تشريحية. واضطرابات نتيجة للتغذية نتيجة إثارة القشرة المخية التي تظهر في الهوس والميلانيكوليا، أو إثارة منطقة تحت القشرة وتظهر في الهذاءات والهلاوس، أوفي المراكز الدموية لمنطقة تحت القشرة وتظهر في الصرع، او نتيجة التسمم.

2: 5: 3 التقسيم الذي يقوم على أسباب المرض :

لم تثبت الدراسات والبحوث التجريبية والمخبرية صحة هذا الفرض. فقد يسبب المرض الواحد اكثر من صورة إكلينيكية. حتى ان بعض الباحثين ذهب إلى القول بان لكل اضطراب جسمي اضطراب نفسي له. بينما أشار البعض الآخر إلى ان هذا التقسيم يخضع في كثير من بنوده إلى عامل الصدفة.

2: 5: 4 التقسيم الذي يقوم على أعراض المرض:

ورائد هذا التقسيم هو كرابلن الذي توصل إلى استنتاجات قيمة بها. بعد إخضاعه الأمراض النفسية للملاحظة. ونصح باستخدام هذه الطريقة باعتبارها ستؤدي إلى نتائج ذات دلالة. كما أنها تتضمن الأسس التي يقوم عليها الطرق الأخرى دون ان تقع في أخطائها.

هذا، وقدمت منظمة الصحة العالمية التصنيف العالمي العاشر للاضطرابات العقلية والسلوكية لعام 1991، وكذلك التصنيف الروسي للأمراض العقلية والنفسية. (عكاشة، 2003)(دسوقي، 1979).

2: 5: 5 التصنيف الروسي للأمراض العقلية والنفسية :

قائمة بالاضطرابات وأرقامها الرمزية. جدول (4)

1. التأخر العقلي :

التأخر العقلي (310 - 315)

210 التأخر العقلي الحدي

311 التأخر العقلي الخفيف

312 التأخر العقلي المتوسط

313 التأخر العقلي الشديد

314 التأخر العقلي العميق

315 التأخر العقلي غير المعين

" يجب ان تستخدم تفريعات الرقم الرابع التالية مع كل من الأنواع السابقة. كما يجب تحديد نوع الحالة الجسمية المرتبطة كتشخيص اضافي حين تكون معروفة.

- صفر عقب إصابة أو تسمم
- 1 أثر صدمة أو عامل جسمي
- 2 مع اضطرابات أيض، أو نمو، أو تغذية
- 3 المرتبطة بمرض مخ كبير (بعد الولادة)
- 4 المرتبطة بأمراض وحالات ترجع لتأثير (غير معروف) ما قبل الولادة
- 5 مع شذوذ كرموزومي (صبغيات الجينات)
- 6 المرتبط بعدم النضج
- 7 عقب اضطراب عقلي رئيسي
- 8 عن حرمان (بيئي) سيكو اجتماعي
- 9 مع حالات أخرى (غير معينة)

2. جملة أعراض المخ العضوية :

الاضطرابات التي تنشأ عن او ترتبط بتلف وظيفة نسيج المخ. وفي الأنواع تحت (2) أ، (2) ب، يجب أن يحدد نوع الحالة الجسمية المرتبطة اذا كانت معروفة.

2. أ : الذهانات المرتبطة بأعراض مخ عضوية (290 - 294) :

290 جنون الشيخوخة وما قبل الشيخوخة

- صفر جنون الشيخوخة
- 1 جنون ما قبل الشيخوخة

291 ذهان الإدمان الكحولي :
- صفر الرجفة الهذيانية
- 1 ذهان كورساكوف (كحولي)
- 2 هلوسات ادمانية أخرى
- 3 حالة هذا كحولي (البارانويا الكحولية)
- 4 التسمم الكحولي الحاد
- 5 التدهور الكحولي
- 6 التسمم الباثولوجي
- 9 ذهانات كحولية أخرى (غير محدد النوع)

292 الذهان المرتبط بإصابة داخل الجمجمة
- صفر ذهان الشلل العام
- 1 الذهان من زهري آخر بالجهاز العصبي المركزي
- 2 ذهان التهاب المخ أو الدماغ الوبائي
- 3 ذهان الالتهابات الدماغية الأخرى (غير محدد النوع)
- 9 ذهان إصابات داخل الجمجمة الأخرى (غير محدد النوع)

293 ذهان مرتبط بحالة مخية أخرى
- صفر ذهان تصلب الشرايين بالمخ
- 1 ذهان اضطراب أوعية مخ مع آخر
- 2 ذهان الصرع
- 3 ذهان خراج داج داخل الجمجمة
- 4 ذهان مرض تشويهي للجهاز العصبي المركزي
- 5 ذهان رضوض (صدمة) المخ
- 9 ذهان حالة مخية أخرى (غير محدد النوع)

294 ذهان مرتبط بحالة جسمية أخرى :
- صفر ذهان اضطراب إفراز الغدد الصماء
- 1 ذهان اضطراب الأيض أو التغذية
- 2 ذهان إصابة جهاز Systemic infect
- 3 ذهان تسمم المخدر أو السم (غير الكحول)
- 4 ذهان مع الولادة

- 8 ذهان حالة جسمية أخرى وغير مشخص
- 9 ذهان حالة جسمية غير محددة النوع

2. ب : أعراض المخ العضوية غير الذهانية (309) :

309 جملة أعراض المخ العضوية (أ م ع) غير الذهانية (اضطرابات عقلية غير محددة كذهان وترتبط بحالات جسمية)

- صفر ا م ع غير ذهاني مع إصابة داخل الجمجمة
- 1 ا م ع / غ ذ بالمخدر، او السم، او تسمم جهازي
- 1 - 3 ا م ع / غ ذ بادمان كحولي (سكرة بسيطة)
- 1 - 4 ا م ع / غ ذ بمخدر، أو سم، او تسمم جهازي
- 2 ا م ع / غ ذ رضوض المخ
- 3 ا م ع / غ ذ اضطراب دورة الدم
- 4 ا م ع / غ ذ الصرع
- 5 ا م ع / غ ذ اضطراب الأيض، أو النمو، أو التغذية
- ا م ع / غ ذ مرض المخ الشيخوخي أو ما قبل الشيخوخي
- 7 ا م ع / غ ذ خراج داخل الجمجمة
- 8 ا م ع / غ ذ مرض تشويهي للجهاز العصبي المركزي
- 9 ا م ع / غ ذ حالة جسمية أخرى (غير محدد النوع)
- 91 -أعراض مخ حادة (غير معينة في مكان آخر)
- 92 - أعراض مخ مزمنة (غير معينة في مكان آخر)

3. ذهانات لا ترجع للحالات الجسمية السابق تصنيفها (295 - 298) 95 الفصام :

- صفر الفصام النوع البسيط
- 1 الفصام النوع المراهقي
- 2 الفصام النوع التصلبي
- 23 الفصام النوع التصلبي المستثار
- 24 الفصام النوع التصلبي المنسحب
- 3 الفصام النوع الهذائي
- 4 الشطحة Episode الفصامية الحادة
- 5 الفصام النوع الكامن
- 6 الفصام النوع المترسب

- 7 الفصام النوع الانفصامي الوجداني
- 73 الفصام نوع انفصام الوجدان مستثار
- 74 الفصام نوع انفصام الوجدان مكتئب
- 8 الفصام النوع الطفولي
- 90 الفصام النوع المزمن غير المميز
- 99 الفصام أنواع أخرى (غير محددة النوع)

296 الاضطرابات الوجدانية الكبرى (ذهانات الوجدان) :

- صفر سوداء يأس الكهولة
- 1 المرض الاكتئابي الجنوني : النوع الجنوني من الذهان
- 2 المرض الاكتئابي الجنوني : النوع الاكتئابي من هذا الذهان
- 3 مرض الاكتئاب الجنوني : النوع الدوري من هذا الذهان
- 33 مرض الاكتئاب الجنوني : النوع الدوري جنوني
- 34 مرض الاكتئاب الجنوني : النوع الدوري مكتئب
- 8 اضطراب وجداني آخر كبير (الذهانات الوجدانية، غيرها)
- 9 اضطراب وجداني كبير غير محدد النوع (اضطراب وجداني غير مصنف في مكان آخر) (مرض هوس اكتئابي غير مصنف في مكان آخر)

297 حالات الهذاء (البارانويا)

- صفر البارانويا
- 1 حالة اليأس البارانوئية - البارانويا
- 9 حالات هذائية أخرى

298 ذهانات أخرى :

- صفر الاستجابة الذهانية الاكتئابية (الذهان الاكتئابي الاستجابة)
- 1 الإثارة الاستجابي
- 2 الارتباك الاستجابي (حالة ارتباكية حادة أو شبه حادة)
- 3 الاستجابة الهذائية الحادة
- 9 الذهان الاستجابي - غير محدد النوع

299 ذهان غير محدد النوع :

- (الهوس، والجنون، والذهان غير المصنف في مكان آخر)

4. أمراض العصاب (300) :

- أمراض العصاب
- صفر عصاب القلق
- 1 عصاب الهستيريا
- 13 عصاب الهستيريا النوع التحويلي
- 14 عصاب الهستيريا النوع التفككي
- 2 عصاب الخواف Phobic
- 3 عصاب تسلط الأفعال والأفكار Obsessive Compulsive
- 4 عصاب الاكتئاب
- 5 عصاب الوهن او الخور النفسي (النيوروستانيا)
- عصاب افتقاد الشخصية Depersonalization
- 7 عصاب توهم المرض
- 8 أنواع عصاب أخرى (9 أمراض عصاب غير محددة النوع)

5. اضطرابات الشخصية وبفعل اضطرابات عقلية أخرى غير ذهانية (1، 3 - 4، 3)

□ 301 اضطرابات الشخصية :

- صفر الشخصية الهذائية
- 1 الشخصية المتقلبة الأطوار (الشخصية الوجدانية
- 2 الشخصية الفصامية
- 3 الشخصية المتفجرة
- 4 الشخصية التسلطية (المغلوبة على أمرها Anonkastic
- 5 الشخصية الهستيرية
- 6 الشخصية الواهنة أو الجائرة Asthenia
- 7 الشخصية اللااجتماعية
- 81 الشخصية السلبية العدوانية
- 82 الشخصية القاصرة Inadequate
- 89 اضطرابات شخصية أخرى من أنواع معينة (9 اضطرابات شخصية غير محدد النوع)

302 الانحرافات الجنسية :

- صفر الجنسية المثلية
- 1 حب مستلزمات الجنس الآخر Fetishism
- 2 عشق الصغار Pedophilia
- 3 الالتباس بالجنس الآخر Transvestitism
- 4 الميول الاستعراضية
- 5 البصيصة (زنا العين) Voyeurism
- 6 السادية
- 7 المازوكية
- 8 انحرافات جنسية أخرى (9 انحرافات جنسية غير محددة النوع)

303 الإدمان الكحولي :

- صفر إفراط الشراب الاستطرادي Episodic
- 1 إفراط الشراب بالاعتياد
- 2 إدمان الشراب
- 9 إدمان كحولي آخر غير محدد النوع

304 تعاطي المخدرات :

- صفر تعاطي المخدر : أفيون، وشبه قلويات الأفيون ومشتقاتها
- 1 تعاطي المخدر مركبات تخديرية Analgesics ذات آثارشبيهة بالمورفين
- 2 تعاطي المخدر عقارات البابيتال المنومة
- 3 تعاطي المخدر المنومات والمسكنات او المهدئات الأخرى
- 4 تعاطي المخدر الكوكايين
- 5 تعاطي المخدر القنب الهندي Cannabis sativa (الحشيش والماريوانا)
- 6 تعاطي المخدر منبهات نفسية أخرى
- 7 تعاطي المخدر عقارات الهلوسة
- 8 تعاطي المخدر تعاطي مخدرات أخرى (9 تعاطي مخدر غير محدد النوع)

6. الاضطرابات السيكوفيزيولوجية (305) :

305 الاضطرابات السيكوفيزيولوجية (اضطرابات جسمية يفترض أنها من اصل نفسي)

- صفر الاضطراب الجلدي السيكوفيزيولجي
- 1 اضطراب الهيكل العضلي السيكوفيزيولوجي
- 2 الاضطراب التنفسي السيكوفيزيولوجي
- 3 اضطراب أوعية القلب السيكوفيزيولوجي
- 4 الاضطراب الدموي واللمفاوي السيكوفيزيولوجي
- 5 الاضطراب المعدي المعوي السيكوفيزيولوجي
- 6 الاضطراب البولي التناسلي السيكوفيزيولوجي
- 7 اضطراب الغدد الصماء السيكوفيزيولوجي
- 8 اضطراب أحد أعضاء الحس السيكوفيزيولوجي
- 9 اضطراب سيكوفيزيولوجي من نوع آخر

7. أعراض خاصة (306) :

306 أعراض خاصة لم يرد تصنيفها في مكان آخر :

- صفر اضطراب الكلام
- 1 اضطراب تعلم خاص
- 2 اللازمة اللاإرادية الحركية Tic
- 3 اضطراب حركي نفسي آخر
- 4 اضطرابات النوم
- 5 اضطرابات التغذية
- 6 البوال (تبول لا برادي) Enuresis
- 7 عدم ضبط التبرز Encopresis
- 8 وجع الرأس Cephalalgia
- 9 أعراض أخرى

8. اضطرابات موقفية عارضة (307) :

307 اضطرابات موقفية عارضة (عابرة، وقتية أو مرحلية انتقالية : Transient

- صفر الاستجابة التوافقية للمواليد

- 1 الاستجابة التوافقية للطفولة
- 2 الاستجابة التوافقية للمراهقة
- 3 الاستجابة التوافقية في حياة الراشد
- 4 الاستجابة التوافقية للسن المتأخرة

9. اضطرابات سلوك الطفولة والمراهقة (309) :

309 اضطرابات سلوك الطفولة والمراهقة (اضطرابات سلوك الطفولة)

- صفر استجابة فرط الحركة Hyperkinetis في الطفولة (أو المراهقة)
- 1 استجابة الانسحاب في الطفولة (أو المراهقة
- 2 استجابة القلق الزائد في الطفولة (أو المراهقة)
- 3 استجابة الهروب Runaway في الطفولة (أو المراهقة)
- 4 الاستجابة العدوانية غير النامية اجتماعيا في الطفولة (أو المراهقة)
- 5 الاستجابة لجناح الجماعة في الطفولة (أو المراهقة)
- 9 استجابات أخرى للطفولة (أو المراهقة)

10. حالات بدون اضطراب عقلي ظاهر والحلالات غير المحددة النوع (316 - 318):

316 توافقات اجتماعية بدون اضطراب عقلي ظاهر :

- صفر عدم التوافق الزواجي
- 1 عدم التوافق الاجتماعي
- 2 عدم التوافق المهني
- 3 السلوك غير الاجتماعي Dissociate
- 9 عدم توافق اجتماعي آخر

317 حالات غير محددة النوع :

318 عدم وجود اضطراب عقلي :

11. مصطلحات غير تشخيصية للاستعمال الإجرائي (319) :

319 اصطلاحات غير تشخيصية للاستعمال الإداري :

- صفر التشخيص مؤجل Deferred
- 1 تحت الرعاية في بيت خاص

- 2 للتجربة فقط
- 9 غير ذلك

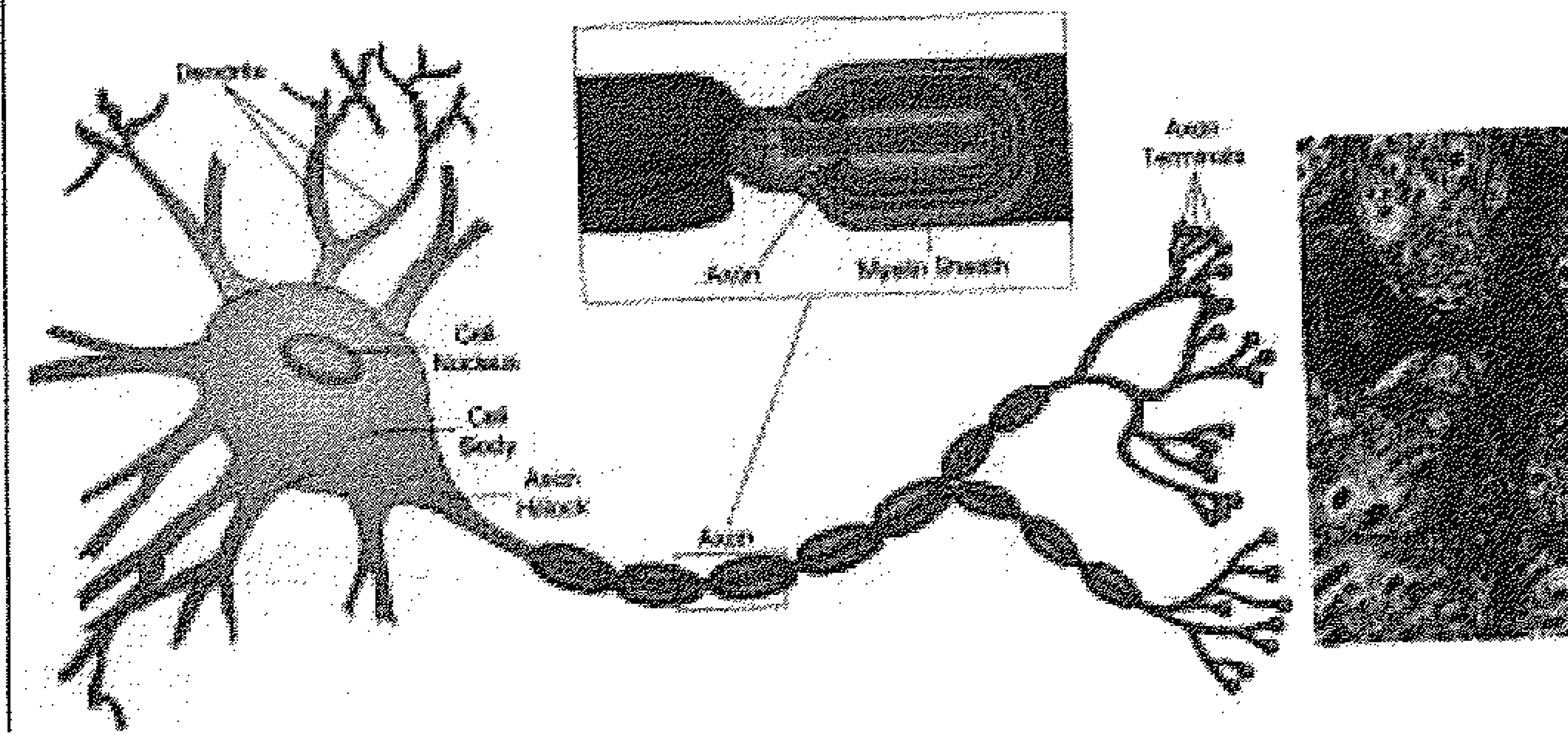
وعلى نفس النسق تقريبا يسير الطب العقلي في روسيا

3: محددات السلوك الانساني:

3: 1 المقدمة:

3: 2 المحددات البيولوجية للسلوك الانساني:

3: 2: 1 الخلايا العصبية NEURONS



يمكن النظر الى الخلايا العصبية كأشجار ذات جذوع وفروع متشابكة تشبه الغابة واشجارها الكثيرة ولكنها تختلف عن الغابات بأن هذه الخلايا لها نهايات ترتبط ببدايات خلايا عصبية آخرى. وهكذا تنتقل الرسائل من خلية عصبية الى اخرى عن طريق نواقل عصبية تفرز من نهاياتها وتلتقط من بدايات خلية مجاورة. هذه النوافل العصبية قد تؤدي الى تغيرات كيماوية في الخلية المستقبلة. وبالتالي، انتقال رسالة من خلية الى اخرى. وتسمي هذه الخلية العصبون الذي ينقل هذه الرسائل على شكل شارات عصبية أشير اليها مسبقا بتغيرات كيماوية(Lahey، 2007).

أولا: تكوين الخلايا THE MAKEUP OF NEURONS :

تختلف الخلايا في وظيفتها ومكانها في الجسم فبعضها موجود في المخ ولا يتجاوز طولها البوصة الواحدة والبعض الاخر في الارجل ويتجاوز طولها عدة اقدام. ولكن على اختلافها فهي تتكون مبدئيا من جسم الخلية، التشبعات، المحور. ويحاط جسم الخلية بغلاف خلوي ويحتوي بداخله على النواة وهو يستهلك الاكسجين لخلق الطاقة اللازمة لتشغيل الخلية.

ثانيا: التشعبات:

وهي تمتد من جسم الخلية في كافة الاتجاهات لتستقبل الرسائل القادمة من الخلايا المجاورة والتي قد يصل عددها الى الف عصبون. ولكل عصبون محور يمتد من جسم الخلية وهذا المحور رقيق جدا ولكن قد يكون طويلا او قصيرا تبعا لوظيفته وموقعه في الجسم. وينتهي المحور بتفرعات صغيرة تسمى التشعبات النهائية. وفي نهاية هذه التشعبات هنالك انتفاضات تسمى الازرار. وتنقل الخلايا الرسائل في اتجاه واحد من الشجيرات العصبية باتجاه جسم الخلية ثم الى المحور ثم الى التشعبات النهائية. ثم تنتقل الرسالة من الازرار النهائية الى اعصاب اخرى او عضلات او غدد. وكثير من الخلايا ملفوفة بمادة دهنية بيضاء تسمى بالغلاف الماليني. والمالين هو مادة تنتجها الخلايا الحشوية وتقوم بوظيفة العازل كهربائيا للشحنات التي تنتقل عن طريق المحور وهي بذلك تسهل عملية الانتقال السريع للرسائل العصبية. ولا يغطي الغشاء الماليني Myelin سطح المحور كاملا بل هناك نقاط لا يكون فيها مادة المالبين تسمى بعقد (ران فيير) والشحنات العصبية بالتالي تقفز عند هذه النقاط بدلا من ان تمشي ببطء كما هو الحال في عدم وجود المالبين. وعملية تكوين المالبين لا تكون قد اكتملت عند الولادة وهي تكتمل بمرور الوقت. وهذا ما يسبب التطور الوظيفي عند الاطفال في سنيه الاولى من العمر فهو يبدأ بالحبو على الارض ثم يجلس ثم يمشي وهكذا. ويبدو ان الطفل لا يكون مستعدا عصبيا بعملية النضوج الحركي والبصري والانواع الاخرى من التعلم حتى اكتمال عملية المالبين. وفي مرض (Sclerosis multiple) يكون هناك استبدال للمالبين في بعض مناطق من المخ بمادة ليفية مما يؤدي الى تأخير في نقل الرسائل العصبية. وبالتالي عدم القدرة على التحكم بالوظائف العصبية المنوطة بتلك المنطقة من المخ (Rathus, 1993).

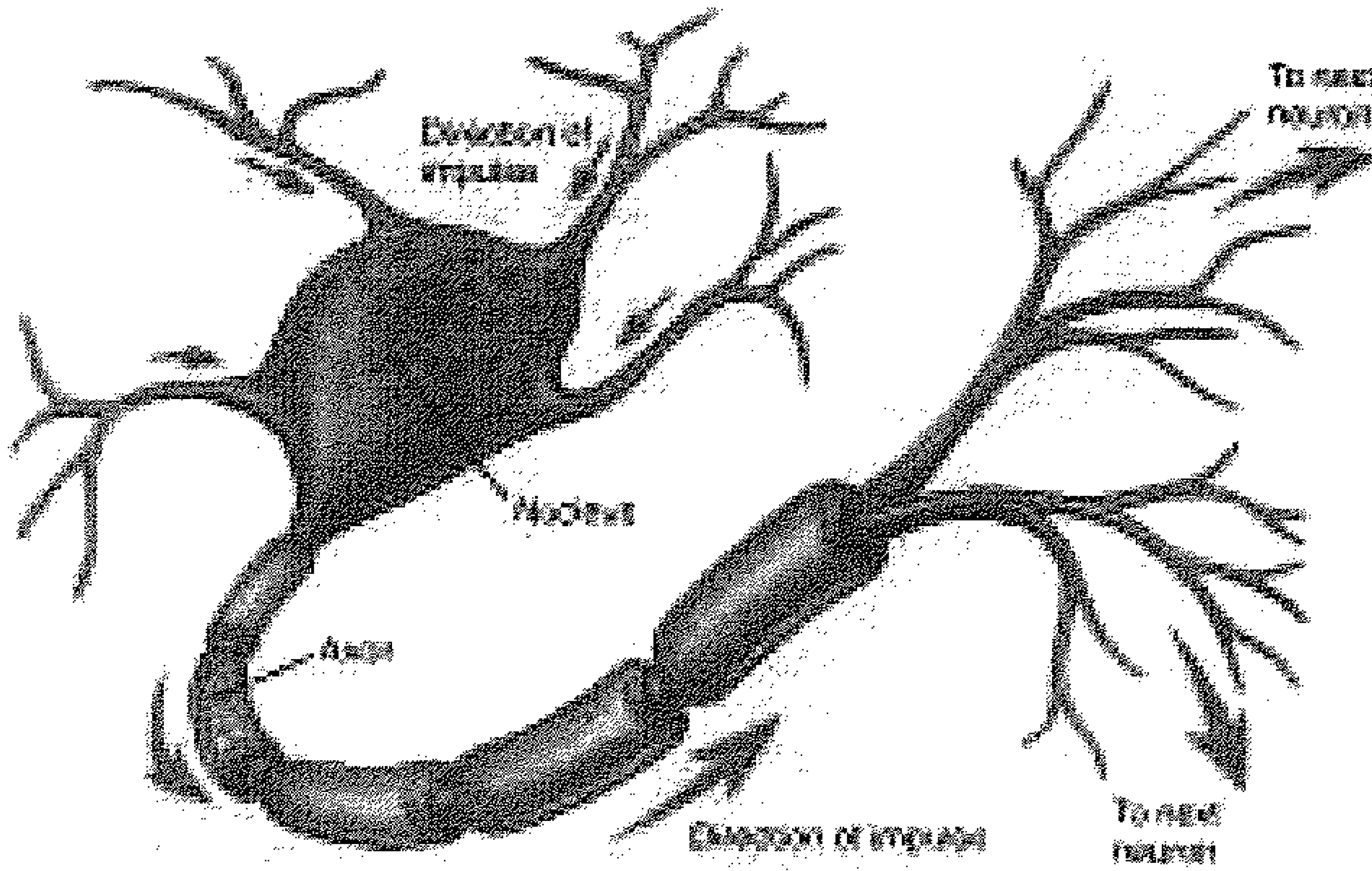
ثالثا: الاعصاب المستقبلة والمرسلة Afferent and Efferent neurons:

اذا داس احدهم على اصبع قدمك الكبير فان الاحساس يسجل عن طريق مستقبلات حسية موجودة عند سطح الجلد ثم تنقل الى النخاع الشوكي والدماغ عن طريق اعصاب مستقبلة تورد هذه الرسائل والتي قد يكون طول الاعصاب قدمين او ثلاثة اقدام.

وفي الدماغ يتم تفسير هذا الاحساس وتحليله. فقد تفكر بأن هذا الشخص الذي داس على قدمك يجب ان يعتذر لك. وفي الوقت نفسه فان هناك اعصاب من الدماغ ترسل اوامر عن طريق الاعصاب المرسلة الى العضلات التي تتحكم في القدم وتقوم بسحب هذا القدم بعيدا عن هذا المؤثر المؤلم وفي الوقت نفسه هناك اوامر عصبية تكون قد انتقلت الى الغدد التي تقوم بافراز مواد تؤدي الى تسارع في دقات القلب والتعرق وهي جزء من استعداد الجسم في مواجهة هذا المؤثر الخارجي.

رابعا: هل نفقد خلايا دماغية كلما كبرنا

هناك اختلاف في اراء هلماء النفس تجاه هذه القضية. وبالرغم من ان هناك المليارات من الخلايا العصبية. فعمليا موجودة منذ الولادة وبدأت بالموت بمعدل عدة الاف يوميا. وصحيح ان الدماغ واجزاء اخرى من الجهاز العصبي تكبر كلما مضجت ولكن هذا النمو في معظمه هو نتيجة للتطور في الخلايا العصبية الموجودة عن طريق تكوين المالبين وازدياد عدد الشجيرات العصبية والتشعبات النهائية وايضا عن طريق زيادة عدد الخلايا الحشوية.



لا شك ان هناك فقد لبعض الخلايا ولكن من الارجح ان هناك خلايا تفوق في عددها ما نحتاجه. وان هناك كثير من وظائف الدماغ يقوم بها اكثر من مجموعة من الخلايا تقوم بنفس الوظيفة. ولكن بالرغم من ذلك تقول العالمة ماريان دايمون Marian Diamond من جامعة كاليفورنيا بأنه لا اساس ان هناك خلايا تفقد من الدماغ وهي تحذر بأنه اذا استسلمنا الى النظرية السابقة بوجود فقدان للخلايا كلما كبر الانسان تعطي مبررا لعزل كبار السن عن العمل واجبارهم على التقاعد (Sternberg, 2004).

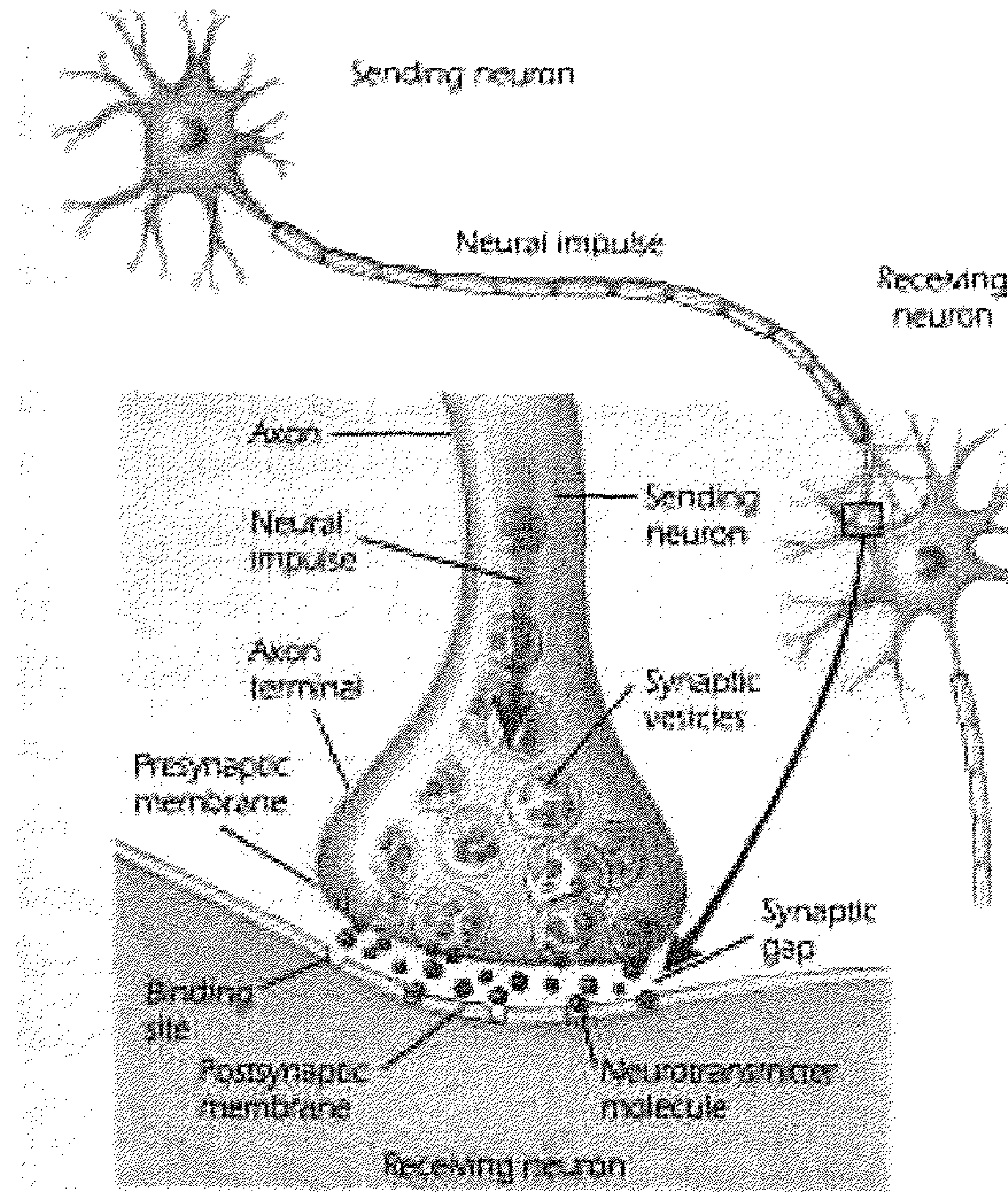
دايمون وزملاؤها Diamond and her Colleagues قاموا باجراء تجارب على الفئران في اعمار مختلفة وهي 26 يوم بعد الفطام 41 يوم (سن البلوغ) 108 أيام (مرحلة الشباب) 650 يوم مرحلة الشيخوخة. ووجدوا ان معظم النقصان في عدد الخلايا العصبية في الاعمار الاخرى فهو بسيط بالمقارنة.

على اية حال فاننا يجب ان نكون حذرين في تعميم نموذج الفئران على البشر. ولكن هذه التجربة تبين ان اختلال الوظائف الدماغية الفكرية في بعض كبار السن قد لا يكون مرده الى فقدان الخلايا الدماغية.

دايموند Diamond ايضا قالت بأن الفئران التي ربيت في بيئة غنية (وجود انفاق وسلالم ورفقة من فئران اخرى) قد كونت قشرة دماغية اسمك وعدد من الخلايا الحشوية اكثر من الفئران التي ربيت في اقفاص بسيطة وبدون رفقة. كما انه لوحظ نفس

الاستجابة عند الفئران التي بدأت تربيتها في بيئة غنية بعد عمر 766 يوم وبكلمات اخرى فان التطور العصبي الناتج عن التجارب يمكن ان يحدث حتى في اعمار متقدمة على الاقل في الفئران ومن المحتمل ايضا في البشر. وبالتالي، فان التجارب التي يمر بها الكائن الحي قد تغير من تكوين دماغه كما انه يستطيع ان يبلور هذه التجارب بطريقة يستفيد منها في اي عمر.

خامسا: الشحنات العصبية The Neural impulse :



في نهاية عام 1700 اجرى العالم الفسيولوجي جلفاني Luigi Gavani تجربة حيث قام بايصال تيار كهربائي عن طريق خلية كهربائية الى عضلة الضفدع حيث قامت بانقباض عند ايصال الشحنات الكهربائية.

والشحنات الكهربائية تسافر بسرعة تتراوح بين ميلين في الساعة في الخلايا غير المغطاة بالماليين و225 ميل في الساعة في الخلايا المغطاة بالماليين. هذه السرعة ليست كبيرة اذا ما قورنت بسرعة التيار الكهربائي في المنازل. ولكن بما ان المسافات في جسم الانسان قصيرة فان الرسالة العصبية تستطيع ان تتصل من اصبع القدم الى الدماغ في اقل من 1/ 50 من الثانية.

الطريقة التي تنتقل فيها الشحنات العصبية هي طريقة كهروكيماوية حيث ان تغيرات كيماوية تحدث في العصب مما يؤدي الى انتقال شحنة كهربائية على طول الخلية العصبية في حالة الراحة في الخلية العصبية (عندما تكون غير محفزة من خلايا مجاورة) فانه تكون هناك اعدادا كبيرة من ايونات الصوديوم والكلورايد خارج سائل الخلية العصبية ويكون هناك اعدادا كبيرة من ايونات البوتاسيوم داخل الخلية العصبية. ونتيجة لوجود فرق كبير بين هاتين الشحنتين الكهربائيتين فانه يحدث استقطاب للخلية العصبية وتكون محصلة الجهد الكهربائي في حالة الراحة تساوي 70 مل فولت وذلك بالمقارنة مع السائل خارج الخلية العصبية (Sternberg, 2004) .

عندما تحفز الخلية العصبية بشكل كاف يحدث اولا تغير في نفاذية الغشاء الخلوي مما يؤدي الى دخول ايونات الصوديوم الى داخل الخلية العصبية. وبالتالي فان هذا يؤدي الى تقليل الاستقطاب داخل الخلية العصبية وتصبح الشحنة الكهربائية في الجهة الداخلية للغشاء الخلوي موجبة بالمقارنة مع الجهة الخارجية. ونتيجة لدخول هذه الايونات يحدث في داخل الخلية ما يسمى بجهد الفعل او الشحنة الموجبة في الجهة الداخلية من الغشاء المجاور للصوديوم ويحدث ما حدث في الجزء الاول من الغشاء. وبهذا تنتقل الشحنة العصبية على طول محور الخلية العصبية.

وبالنسبة للجزء الاول الذي تم تحفيزه في البداية كان هناك مضخات تقوم بنقل الصوديوم الى خارج الخلية لكي تعيده الى وضعه السابق بحيث يكون مستعدا لاستقبال محفزات جديدة. وبهذه الطريقة فان الشحنة العصبية تنتقل من جزء الى اخر عبر المحور دون ان تقل قوتها لأنها تولد في كل جزء من المحور العصبي.

سادسا: عملية نقل الشحنة العصبية:

عملية نقل الشحنة العصبية عبر طول الخلية العصبية ما يعرف بالسيال العصبي وهذه تتم في اقل من جزء من الثانية وتنتقل هذه الشحنة من جزء الى اخر كالاعصاب والعضلات او الغدد. ولكن على اية حال فان الشحنة العصبية لا تنتقل من عصب الى عضو اخر الا اذا اجتازت الشحنة العصبية بما يعرف بالعتبة العصبية بالعصب المستقبل. اي ان رسالة ضعيفة يمكن ان تسبب تغير مؤقت في الشحنة الكهربائية لعصب ما ولكنها لا تنتقل الى العصب المجاور اذا لم تبلغ قوتها العتبة العصبية وهذا ما يعرف بمبدأ الفعل او عدمه اي ان الشحنة العصبية اما ان تكون قوية كفاية ليتم نقلها للعصب المجاور او لا تكون.

بعد جزء من الثانية من نقل الشحنة العصبية تدخل الخلية العصبية في مرحلة من عدم الاستجابة لأي محفز عصبي مهما كانت قوته. وبعد هذه الفترة تمر في فترة اخرى تسمى فترة عدم الاستجابة النسبية وهي فترة لا تستجيب فيها الخلية العصبية الا اذا كان المحفز اقوى من المعتاد.وتعتبر هذه الفترة فترة راحة للخلية العصبية لكي تسترد التكوين الكيماوي الذي كان موجودا قبل التحفيز (Roediger, III. et al., 2007).

سابعا: الوصلة العصبية The Synapse :

الان تنتقل الرسالة العصبية من عصب الى اخر عن طريق اتصال يسمى الشق العصبي وهو يتكون من نهاية عصبية تتصل بشجيرة عصبية لخلية عصبية مجاورة عن طريق فراغ مليء بالسوائل يسمى الشق العصبي. بالرغم من ان الشحنة العصبية هي شحنة كهربائية ولكنها لا تقفز عبر الشق العصبي كشرارة وبدلا من ذلك فان الشحنة

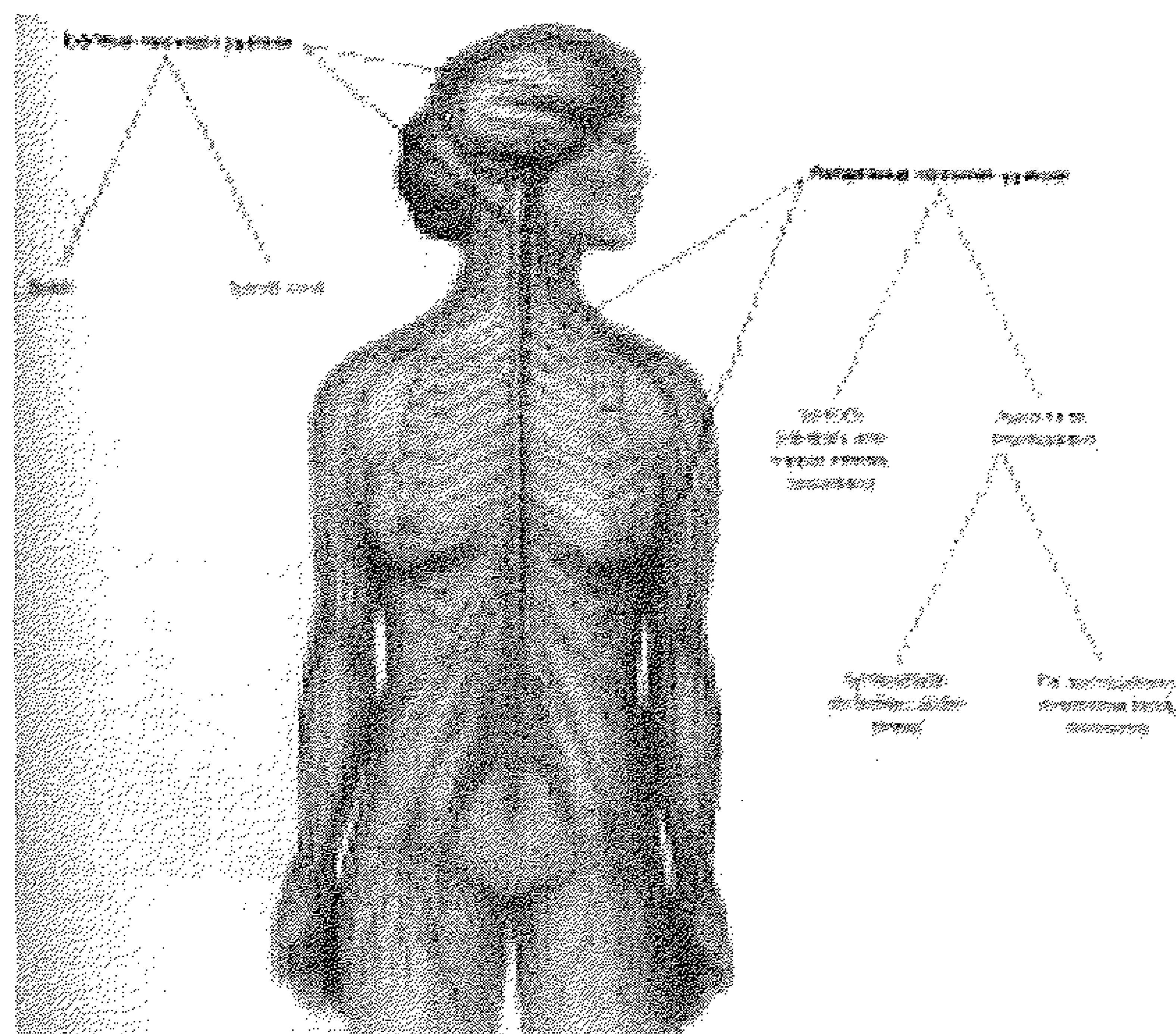
العصبية تصل الى النهاية العصبية مما يؤدي الى افراز مواد كيماوية تنتقل عبر الشق العصبي الى الشجيرة العصبية في الخلية المجاورة.

ثامنا: الناقلات العصبيةNeurotransmitters :

في الازرار الموجودة في نهاية التشعيات النهائية هنالك حويصلات تحتوي على مواد كيماوية تعرف بالناقلات العصبية عندما تصل الشحنة الكهربائية الى النهاية العصبية فانها تسبب افراز كميات متفاوتة من الناقلات العصبية الى الشق العصبي ومن هناك فانها تنتقل الى الشجيرات العصبية في الخلية المستقبلة واذا كانت كمياتها كافية فانها تسبب ايضا تكوين السيال العصبي في الخلية المستقبلة.

لغاية اليوم هنالك تقريبا 36 نوعا مختلفا من النواقل العصبية وقد قدر بان هناك مئات منها لا يزال غير معروف. وكل ناقل عصبي له تركيب كيماوي مميز يناسب مجسا خاصا به. وهذا المجس موجود على الشجيرات العصبية في الخلايا المستقبلة وقد استعمل ما يعرف بنظرية القفل والمفتاح في وصف ذلك. وعلى اية حال ليس كل ما يفرز من النواقل العصبية تجد طريقها الى مجساتها. فبعض منها يتم تحطيمه في الشق العصبي او امتصاصه مرة اخرى الى النهاية العصبية التي افرزته. وبعض النواقل العصبية تقوم بتحفيز الخلايا المجاورة والبعض الاخر يقوم بمنع الخلايا المجاورة من نقل السيال العصبي.

الخلايا العصبية تتأثر بعدد من النواقل العصبية التي يمكن ان تكون قد افرزتها اكثر من خلية عصبية مجاورة قد يصل عددها الى الف خلية عصبية. والمجموع الجيري لفعل هذه النواقل العصبية سواء أكانت مانعة ام محفزة للسيال العصبي هو الذي يقلالا الخلية المستقبلة. والتي ستقوم بالاستجابة اولا. والنواقل العصبية تشترك في كثير من العمليات التي تتراوح من انقباض العضلات الى الاستجابات العاطفية (Rathus, 1993).



تاسعا: استيل كولين Acetylcholine

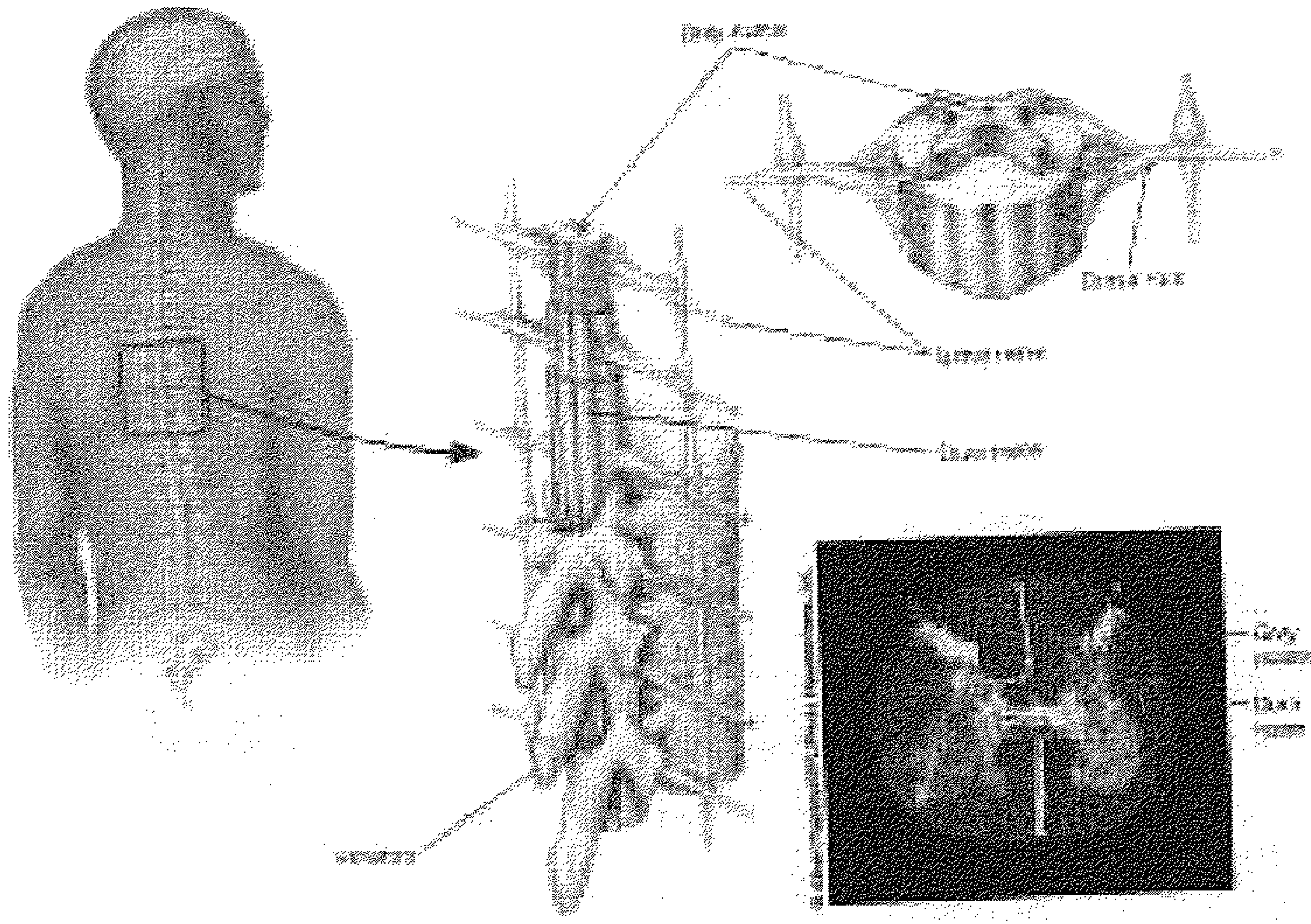
استيل كولين Acetylcholine هو ناقل عصبي يتحكم بانقباض العضلات وهو ناقل عصبي محفز للخلايا العضلية الارادية وهو ايضا ناقل عصبي مانع

في العضلات اللاارادية كالقلب وقد ظهرت وظيفة الاستيل كولين عن طريق تأثير مادة الكويبير وهذه المادة هي سم استخلص من نبات في جنوب امريكا استخدمها الهنود الحمر في الصيد حيث كانوا بضعون مادة الكويبير على رأس السهم ويطلقونه على الفريسة حيث تقوم هذه المادة بمنع الاسيتلكولين من الارتباط بمجسها العصبي مما يؤدي الى اختناق الفريسة.

3: 2: 2 الجهاز العصبي:

يعد الجهاز العصبي من أكثر أجهزة جسم الإنسان تعقيدا وتفصيلا. وبالرغم من كل قيود المعرفة الحالية بهذا الجهاز. فانه يمكن تحديد جوانب أساسية في عمله.

ويعرف الجهاز العصبي بأنه ذلك النظام الداخلي في الكائن الحي، يتحكم في أعضاء و أجهزة الجسم المختلفة فهو يقوم بكل من: الضبط الوظيفي، التنظيم العملي، توجيه النشاط، وتحريك فاعلية أجزاء الجسم المختلفة. وهو الاساس لقدراتنا على الاستقبال والاستيعاب والتكيف والتفاعل مع العالم المحيط بنا. وهو الذي من خلاله ندرك ونعالج ونستجيب للمثيرات والمعلومات التي ترد الينا من البيئة (الزيات، 2003).



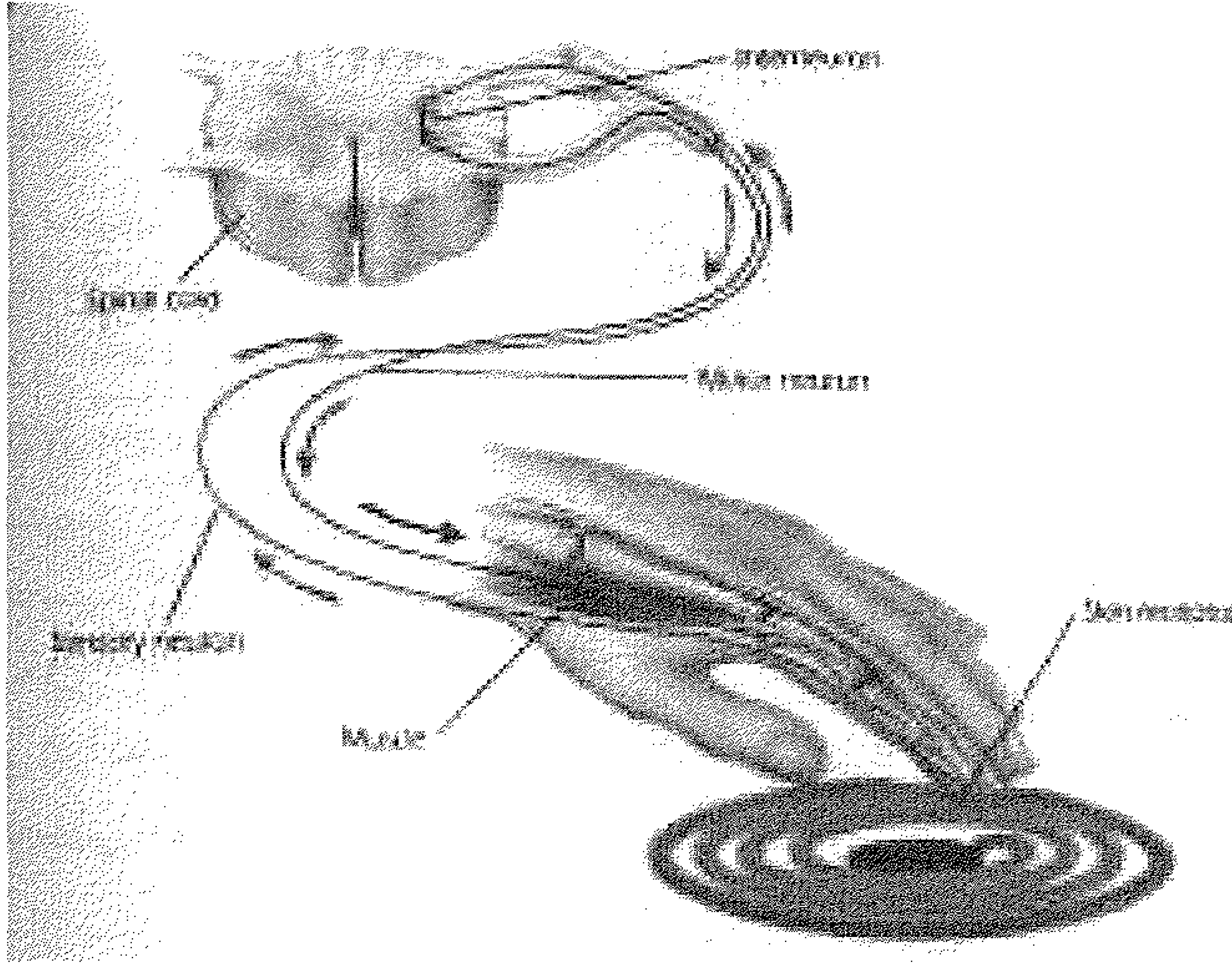
ينقسم الجهاز العصبي إلى قسمين رئيسين هما (Sternberg, 2004):

- الجهاز العصبي المركزي أو المجموعة العصبية الرئيسية Central Nervous System (CNS)
- الجهاز العصبي المحيطي او الخارجي Peripheral Nervous System (PNS): وهو يتكون من جميع الخلايا العصبية التي يشملها الجسم عدا تلك المتعلقة بالمخ والحبل الشوكي

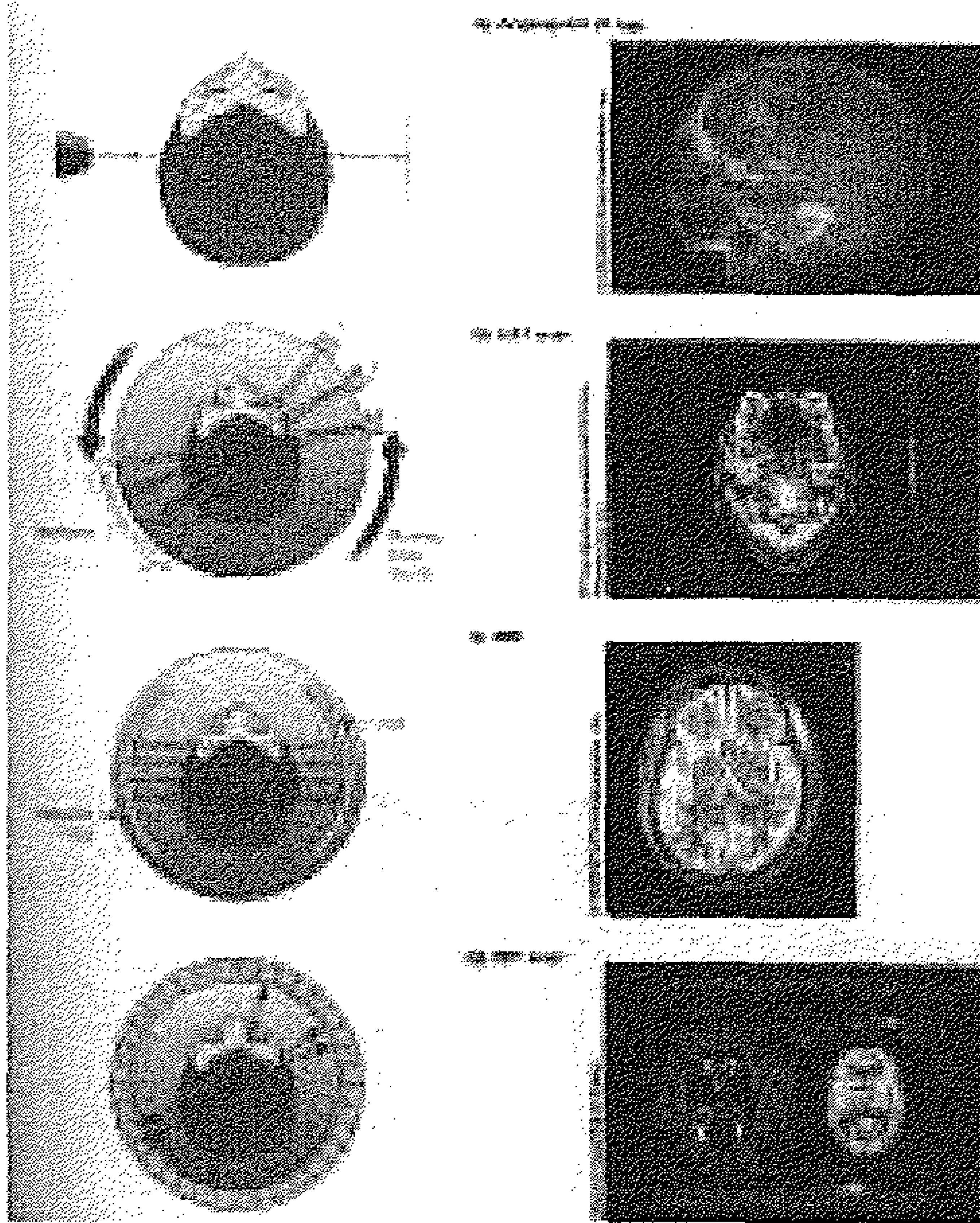
أولا: الجهاز العصبي المركزي أو المجموعة العصبية الرئيسية:

يتألف الجهاز العصبي المركزي من جزأين رئيسيين هما: المخ، والحبل الشوكي. وكلاهما يتحكمان في أنشطة الجسم عن طريق الأعصاب الطرفية:

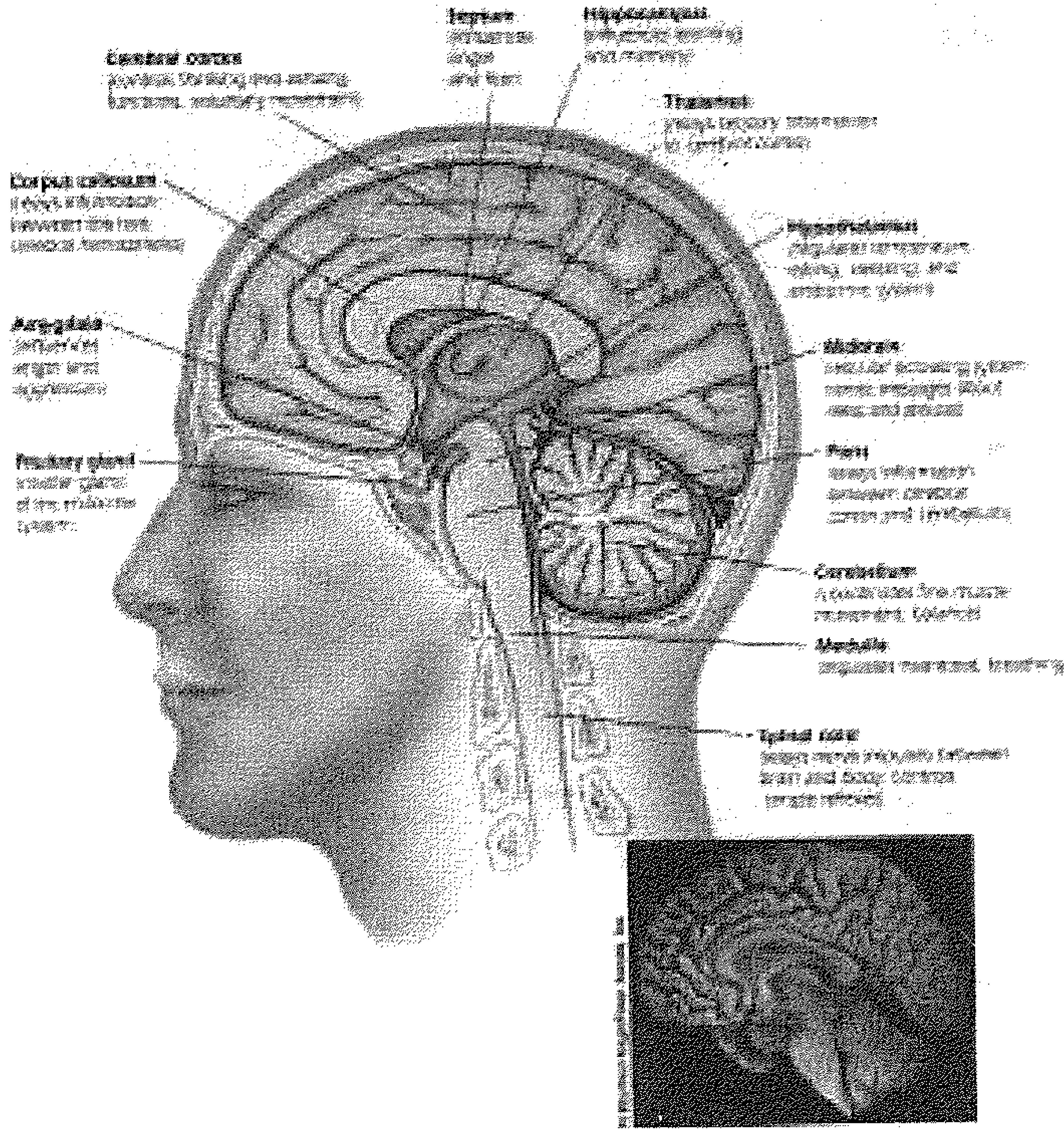
أ - المخ: The Brain



يعتبر المخ النجم الذي لا يكون موضع نقاش في الجهاز العصبي عند الانسان فحجم وشكل المخ لديك مسؤولة عن رأسك الدائري الكبير. ويعتبر الانسان فريدا عند المملكة الحيوانية بسبب العقل وسعة التعلم الممكنة. ويمثل احد اعضاء الجسم الرئيسية الهامة بل اهمها على الاطلاق. فهو المتحكم والموجه المباشر لعملياتنا العقلية المعرفية وتفكيرنا وعواطفنا وانفعالاتنا ودوافعنا. وهو بمثابة القائد الذي تستجيب له كافة اعضاء الجسم الاخرى. وهو يتحكم ويدير وينسق ويخطط ويتابع ويراقب بصورة غاية في الدقة والتفرد والتنظيم والاتساق والفاعلية. وهو يستجيب ويسمع ويتأثر بباقي تعليماته الفرعية فهو متأثر ومؤثر او موجه Directive في نفس. انه يمثل قمة التنظيم الهيراركي لأعضاء الجسم.



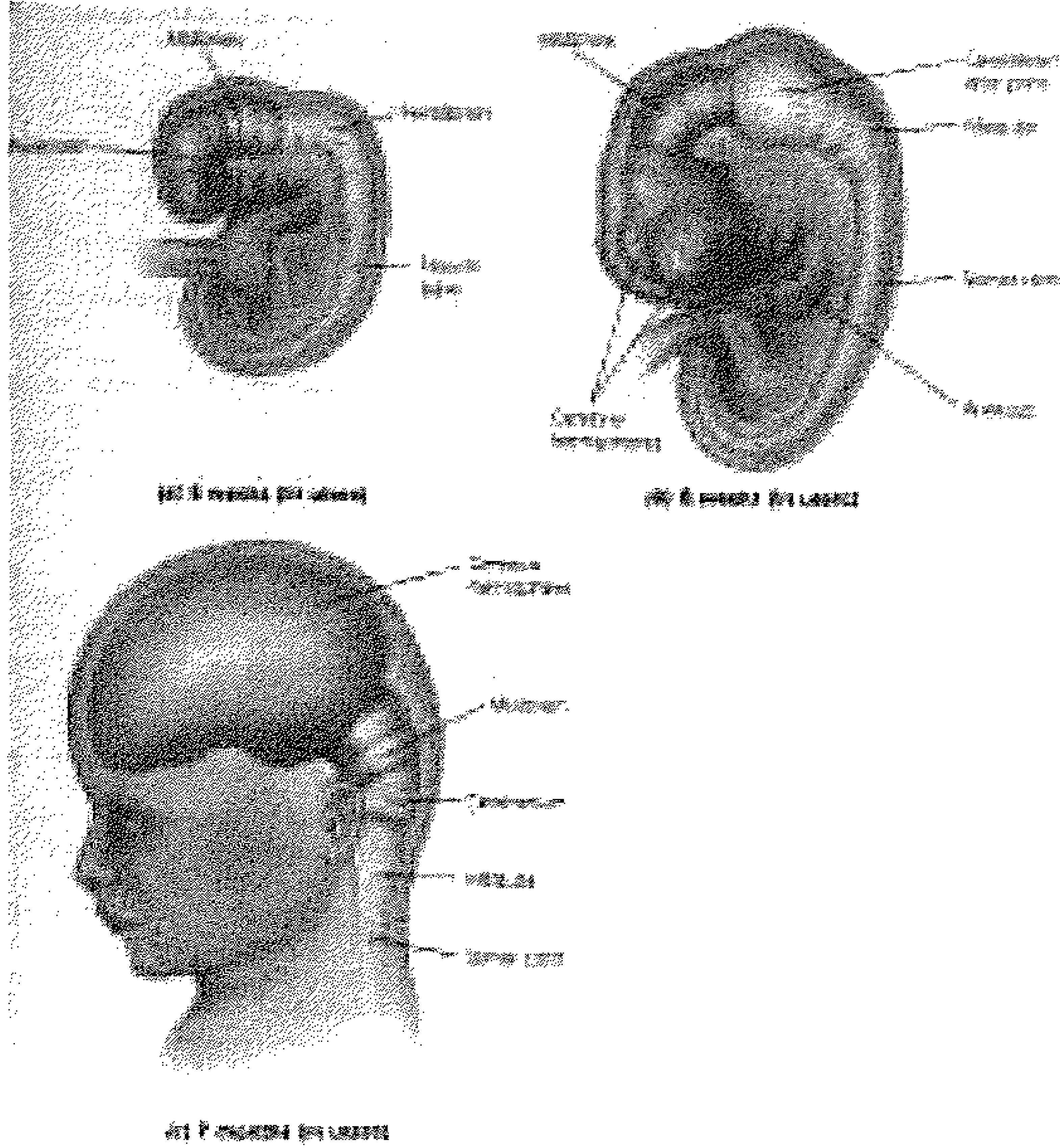
عزيزي الدارس: لو اعتبرت المخ نقطة البداية، فانه يمكنك تتبع شبكة الاعصاب للحبل الشوكي للفرد والتي تجمع سلسلة من الاعصاب او الخلايا العصبية المترابطة داخل حزم من الالياف العصبيةوالتي تمتد من المخ نزولا خلال اوسط الظهر.



ويتكون الحبل الشوكي من حزمة اسطوانية من الالياف العصبية او النيرونية في قطر اصبع اليد الصغير. وهي مغلفة ومحمية داخل فقرات العمود الفقري اي داخل العظام الخلفية التي تكون العمود الفقري Spinal column. وتتفرع حزم الالياف العصبية الموجودة بداخل الحبل الشوكي الى اعصاب الجهاز العصبي المحيطي.

يقوم الحبل الشوكي بنقل المعلومات من والى المخ. حيث يتم جمع المعلومات من الجهاز العصبي الخارجي او المحيطي وتحويلها الى المخ. كما يحمل المعلومات من المخ الى الاعصاب الخارجية في الجهاز العصبي الخارجي (PNS) وهذين الاتجاهين الاتصالين بالجهاز العصبي يستخدمان نوعين مختلفين من الاعصاب والخلايا العصبية هما: المستقبلات Receptors والمستجيبات Effectors التي تمثل تراكيب او ابنية لاستقبال أية مثيرات او معلومات. ومن خلال الجهاز العصبي تستقبل هذه المستقبلات المعلومات الحاسية Sensory information كاحساسات العينين والاذنين والجلد. من الاعصاب الخارجية للجهاز العصبي المحيطي وتحويل تلك المعلومات الى الجهاز العصبي المركزي (CNS) الذي يشمل المخ والحبل الشوكي.

خلف الجسر يقع المخيخ والذي يعني (المخ الصغيرة) يشارك نصفي المخيخ في المحافظة على التوازن والسيطرة على السلوك ويؤدي اصابة المخيخ الى حدوث اضطراب ونقص في الحركة. ونقص في نشاط العضلات (الزيات، 2003).



لقد حاول العلماء استخدام العديد من الاساليب والطرق لدراسة المخ الانساني ولعدة قرون. وكانت دراساتهم تقتصر على اجزاء منفصلة من المخ بعد وفاة صاحبه الى ان استطاع الباحثان Hubel & Wiesel دراسة الادراك البصري والنشاط الكهربائي لخلايا الكائن الحي بالتطبيق على الحيوان عام 1979 واللذين نالا على اثره جائزة نوبل. وقد اورد الزيات جدولا يوضح بعض التكنيكات الدقيقة التي يمكن استخدامها في فحص ودراسة المخ البشري قبل وبعد الموت. كما يوضح الشكل التالي التصوير الاشعاعي للألياف العصبية وكذا محاور الرسم السطحي بالكمبيوتر(Sternberg، 2004):

يمكن تقسيم المخ الى ثلاث مناطق رئيسية هي: المخ الامامي Forebrain: وهو الجزء الواقع في اقصى الامام تجاه ما سيصبح الوجه، يليه في الترتيب المخ الأوسط Midbrain، والمخ الخلفي Hindbrain وهو في اقصى بعد من المخ الامامي قرب مؤخرة الرقبة.

وخلال فترة النمو فان اتجاه التغير النسبي يتمثل في ان المخ الامامي يشكل غطاء لكل من المخ الاوسط والمخ الخلفي. ويوضح الشكل التالي التغيرات التي تحدث في مواقع وعلاقات كل من المخ الامامي والاوسط الخلفي عبر التطورات النمائية للجنين من عدة اسابيع بعد الميلاد الى جنين عمره سبعة اشهر (الزيات، 2003)(Sternberg، 2004).

1 - المخ الأمامي:

يشمل معظم الدماغ ويتكون سطحه من مادة سنجابية يتراوح سمكها من (2 – 4 مم) وتسمى بالقشرة المخية Cerebral cortex وهي تحتوي على بلايين الخلايا العصبية.

اما الوظائف المتعلقة بتراكيب وابنية المخ الامامي والاوسط والخلفي والقشرة المخية. فهي على النحو الاتي (الزيات، 2003):

- **القشرة المخية:** تتحكم في التفكير والوظائف الحسية والحركات الارادية

- **الجسم الجاسي:** يسمح بتبادل المعلومات بين نصفي المخ
- **الوطاء:** ينظم الحرارة والطعام والنوم ونظام الغدد الصماء والتوازن
- **الغدة النخامية:** وهي الغدة المسيطرة على جهاز الغدد الصماء
- **المهاد:** يسمح بانتقال المعلومات الحسية الى القشرة المخية
- **المخ الاوسط:** نظام التنظيم التشابكي يتحكم في النوم واليقظة
- **القنطرة:** تبادل المعلومات بين القشرة المخية والمخيخ
- **المخيخ:** ينظم حركات العضلات الدقيقة وعمل الغدد الصماء
- **النخاع المستطيل:** ينظم نبضات القلب والتنفس
- **الحبل الشوكي:** يسمح بانتقال النبضات العصبية بين الجسم والمخ ويتحكم في الانعكاسات البسيطة.

كما يوضح الجدول التالي الوظائف الرئيسية للمخ الامامي والاوسط والمخ الخلفي والتراكيب التي تؤدي الوظائف الضرورية للبقاء وكذلك التفكير والشعور:

منطقة المخ	الأبنية او التراكيب الرئيسية داخل منطقة المخ	وظائف الأبنية او التراكيب
المخ الامامي	• القشرة المخية وتمثل الطبقة الخارجية اعلى النصفين الكرويين	يستخدم في استقبال وتجهيز المعلومات الحاسية والتفكير وباقي عمليات التجهيز المعرفي وتخطيط وارسال المعلومات الحركية
	• العقد القاعدية او النوى المخية وهي تجميع للنوبات والألياف العصبية	تبادل وتنسيق وتوظيف النظام الحركي. ويستخدم في التعلم والانفعالات والعواطف والدوافع (وبشكل خاص يؤثر قرن أمون الدماغي على التعلم والذاكرة) كما يؤثر الجسم او التكوين اللوزي على الغضب والعدوان وتتعلق النوى الفاصلة بالغضب والخوف.
	• السلاموس او المهاد او سرير المخ	يعمل اساسا كمحطة تحويل للمعلومات الحاسية الواردة الى المخ وينقل او يحول المعلومات الى المنطقة الصحيحة من القشرة المخية خلال الالياف الاسقاطية التي تمتد من المهاد او السلاموس الى مناطق معينة من القشرة. يحتوي السلاموس او المهاد على مجموعة من النوبات وهي مجموعة من النيرونات العصبية التي تستقبل انواع معينة من المعلومات الحاسية وتسقط تلك المعلومات على المناطق المحددة بالقشرة المخية وعبر هذه هناك اربعة مفاتيح للنوبات تتعلق بالمعلومات الحاسية هي: • من المستقبلات البصرية عن طريق العصب البصري الى القشرة البصرية التي تمكن من البصر او الرؤية

		• من المستقبلات السمعية عن طريق العصب السمعي الى القشرة السمعية مما يمكننا من السمع • من المستقبلات الحاسية في النظام العصبي الجداري الجسدي او الجلدي الى القشرة الحاسية الاولية مما يمكننا من الاحساس بالضغط والالم. • من المخيخ (في المخ الخلفي) الى القشرة الحركية الاولية ما يمكننا ان نشعر بالاتزان الجسمي والتوازن
	• الهيبوثلاموس او تحت المهاد او تحت سرير المخ او الوطاء	• يتحكم في النظام الغدي Endocrines system او الهرموني والتحكم في آلية النظام العصبي كتنظيم درجة الحرارة الداخلية، تنظيم عملية الجوع والعطش ومفاتيح الوظائف الأخرى. • كما يستخدم في تنظيم السلوك المتعلق بعوامل البقاء وبصفة خاصة: الدفاع عن النفس والشعور بالعطش او مقاتلة. ويلعب دوره في التحكم في الشعور كما يستخدم في العواطف والانفعالات والسرور والسعادة والالم والضغط (ردود الفعل لهذه الجوانب). • تستخدم في الرؤية (خاصة الافعال البصرية المنعكسة). • يستخدم في السمع
المخ الأوسط	• الى اعلى Superior colliculi	• هام للتحكم الشعوري (النوم والاستثارة) والانتباه والنبض والتنفس والحركة
	• الى ادنى Inferior colliculi	• مهم للتحكم في الحركة وضبطها
المخ الخلفي	• نظام التنشيط الشبكي (يمتد ايضا الى المخ الخلفي)	• ضروري للاتزان والتوازن والايقاع العضلي
	• (المادة الرمادية، النوبات الحمراء، الجسم الاسود، الزعنفة البطنية)	• يستخدم في الوعي والشعور (النوم والاستثارة) القنطرة العصبية للانتقال من جزء الى آخر من المخ مع استخدام الاعصاب الامامية
	• الكتلة الليفية العصبية او القنطرة او الجسر تحتوي على جزء من الجهاز التنشيطي الشبكي (RAS)	• يستخدم كمعبر من خلاله تعبر الاعصاب من جانب الجسم الى الاتجاه الآخر العكسي من المخ ويستخدم ايضا في وظيفة النبض والتنفس والهضم والبلع

ثانيا: الجهاز العصبي الطرفي The Peripheral nervous system:

يتكون النظام العصبي من الخلايا العصبية المركبة التي تنقل الرسائل الى ومن النظام العصبي المركزي. وبدون النظام العصبي الخارجي فسوف تغرب ادمغتنا عن العالم. لن نستطيع ان ندرك التقسيمات الرئيسية للنظام العصبي الخارجي هي النظام العصبي الاوتوماتيكي والنظام العصبي الجداري (Sternberg, 2004) (Rathus, 1993).

أ - النظام العصبي الجداري The Somatic nervous system:

ويتكون من الخلايا العصبية الحركية والاحساسية حيث تنقل الرسائل المتعلقة بالاصوات والمناظر والتذوق ودرجة الحرارة والمواقع الجسدية وهكذا الى النظام العصبي المركزي. وكتنمية لذلك نستطيع ان نجرب جماليات ورعب العالم. والنشوة الجسدية والخوف. تسيطر الرسائل القادمة من الدماغ والحبل الشوكي الى النظام العصبي الجداري تسيطر على الحركات الجسدية الهادفة كرفع اليد والجري والتنفس والحركات التي تنظم التوازن.

ب - النظام العصبي الآلي أو اللاارادي The Autonomic nervous system

وتنظم الغدد والنشاطات اللاارادية كدقات القلب والهضم وتوسع بؤبؤ العين ويتكون هذا النظام من التقسيمات التالية: الودي ونظير الودي. كثير من الغدد والاعضاء يتم اثارتها من قبل تلك التقسيمات وبشكل عام فان القسم الودي اكثر نشاطا خلال العمليات المتعلقة بصرف الطاقة الجسدية من احتياطي الطاقة كما في حالة القتال او استجابات الهرب عند التعرض لخطر خارجي.

اما النظير الودي فهو اكثر فاعلية خلال العمليات المتعلقة بسد نقص احتياطات الطاقة. فعلى سبيل المثال عندما نخاف فان القسم الودي يسارع دقات القلب. لكن النظير الودي يثير عمليات الهضم.

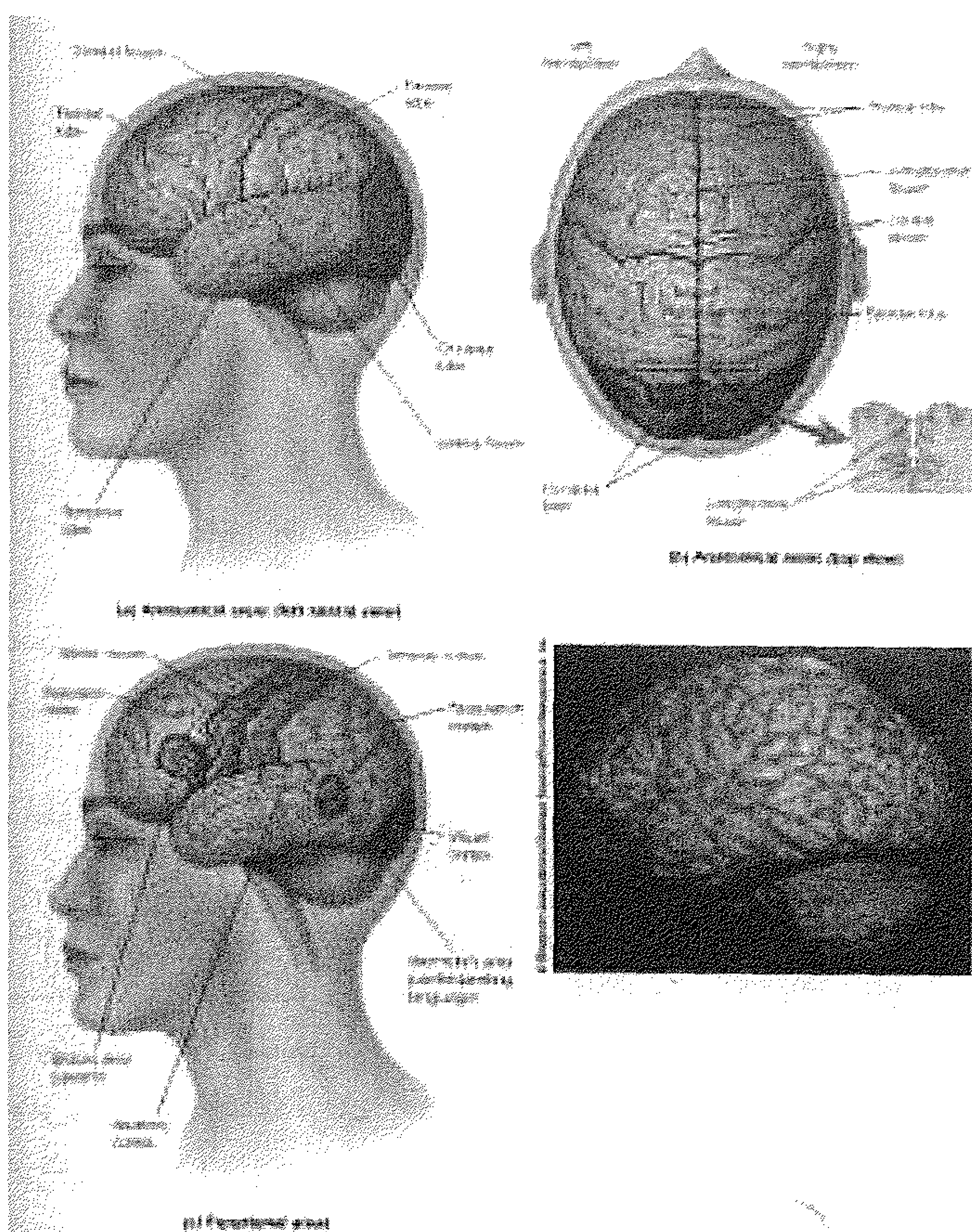
يهتم علماء النفس بالنظام العصبي الاوتوماتيكي لأن نشاطاتها مرتبطة بممارسة الاحاسيس كالحب والارق. اما فيما يتعلق بالسلوك الجنسي فاننا نرى كيف تتداخل النشاطات القسم الودي والنظير الودي لتسهيل الاداء السعيد او تقود الى الاحباط.

تدخل الانسجة العصبية من انظمتنا الحسية من اسفل وتنقل المعلومات المحمولة من قبل تلك الانسجة الى القشرة المخية بطريق الانسجة التي تخرج من اعلى. على سبيل المثال يعتمد المهاد البصري على المدخلات الحسية

ج - الوظائف المعرفية للنصفين الكرويين والقشرة المخية:

تغطي القشرة المخية سطح المخ ويكون سمكها عادة من (1 – 3 مم) وهي تشبه الى حد كبير اللحاء الخارجي الذي يغطي جذع الشجرة. كما تزداد درجة تعقيد وكثافة المخ في المنطقة القشرية اللحائية. وهي تمكننا من التفكير والتخطيط والاتساق بين التفكير والفعل واستقبال انماط الصور والاصوات واستخدام اللغة وبدون هذه القشرة المخية فاننا نفقد خصائصنا الاساسية.

وتمثل القشرة المخية الطبقة الخارجية لنصفي المخ الايسر والايمن ومع ان النصفين الكرويين للمخ يبدوان متماثلان تماما. الا ان الاداء الوظيفي لكل منهما مختلف. حيث يختص النصف الايسر ببعض انواع النشاط بينما يختص النصف الايمن من المخ بأنواع أخرى من النشاط. ويتكاملان في انواع عديدة من النشاط. وان الترابط بين كل من جانبي الجسم والنصفين الكرويين للمخ عكسية. فالنصف الكروي الايمن يتحكم في الجانب الايسر والنصف الكروي الايسر يتحكم في الجانب الايمن من الجسم.



وتشير الدراسات العديدة التي اجريت في هذا المجال وجود بعض الادلة على ان النصف الكروي الايسر من المخ يميل الى معالجة وتجهيز المعلومات تحليلا Analytically جزئية – جزئية وبصورة تعاقبية. بينما يميل النصف الكروي الايمن من المخ الى معالجة وتجهيز المعلومات كليا Holistically. ويشير جازانيجا Gazzaniga ان المخ وبصفة خاصة النصف الكروي الايمن منه منظم في وحدات وظيفية مستقلة نسبيا تعمل

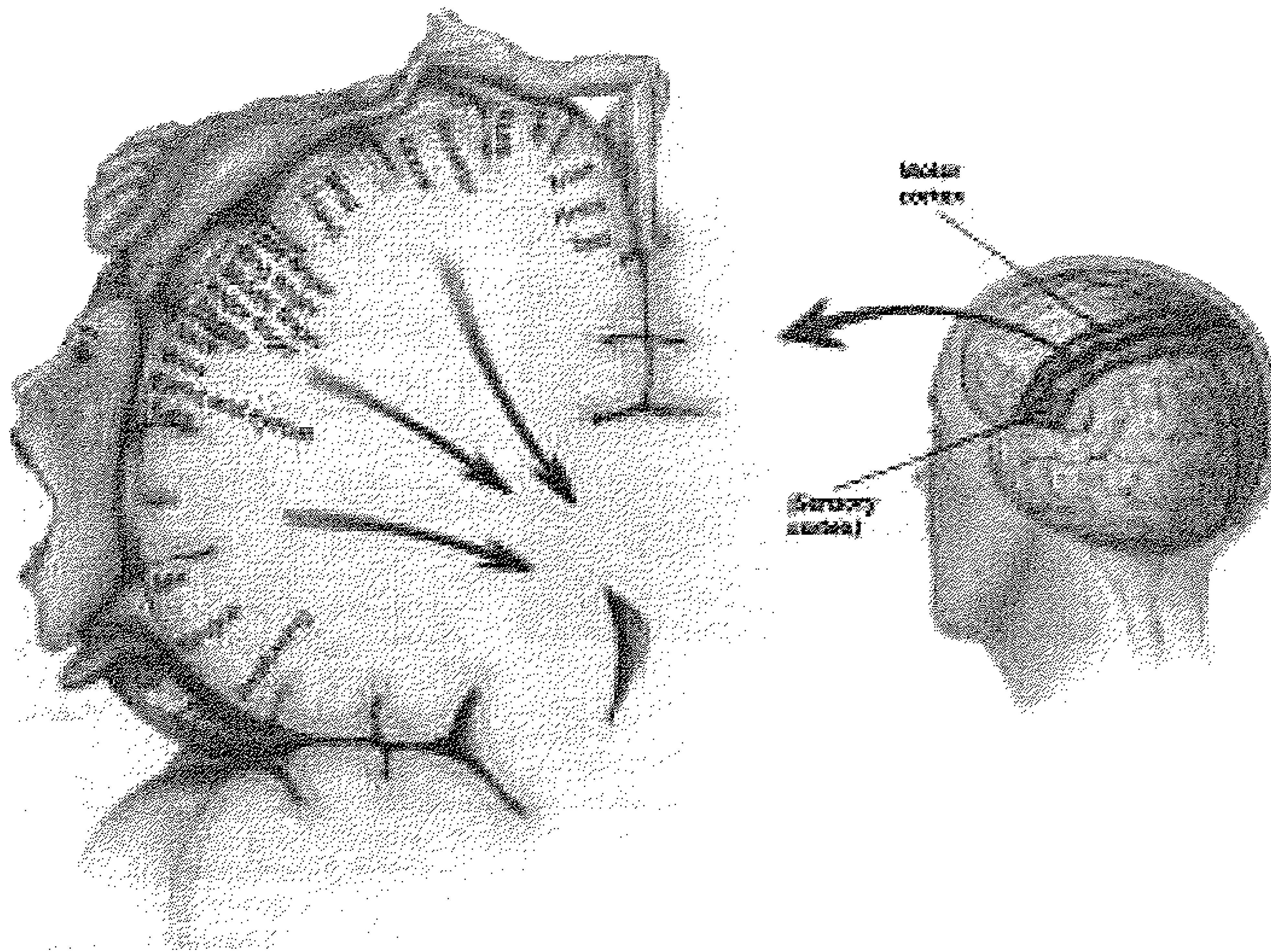
بالتوازي. وان العديد من هذه الوحدات المنفصلة للعقل تعمل مستقلة نسبيا عن الأخرى. وغالبا ما تكون خارج الوعي الشعوري. وبينما تكون هذه العمليات المستقلة والتي تكون في الغالب ما دون الشعور. تأخذ مكانها. فان النصف الكروي الأيسر من المخ يحاول اشتقاق تفسيرات لهذه العمليات.

وينقسم نصفا المخ والقشرة المخية الى اربعة فصوص تختص بوظائف محددة ولكنها متفاعلة ومتكاملة. وهذه الفصوص هي (Sternberg,2004):

- **الفصل الجبهي Frontal** : او الوجهي ويختص بالتجهيز والمعالجة الحركية وعمليات التفكير العليا مثل الاستدلال المجرد.
- **الفصل الجداري الخلفي Parietal** : ويختص بتجهيز ومعالجة المعلومات الواردة عن طريق الحواس كالجلد والعضلات.
- **الفصل الصدغي Temporal** : ويختص بتجهيز ومعالجة المعلومات السمعية او المسموعة
- **الفصل القفوي او القذالي Occipital** : ويختص بتجهيز ومعالجة المعلومات البصرية.

وهناك بعض المناطق داخل فصوص نصفي الكرة المخية يطلق عليها مناطق الترابطات وهي ليست جزءا من القشرات الحاسجسدية والحركية والسمعية والبصرية. وتضطلع هذه المناطق بما يساوي (75%) من نشاط القشرة المخية وتختص وظيفيا بالربط من الأنشطة الحاسية والقشرات الحركية.

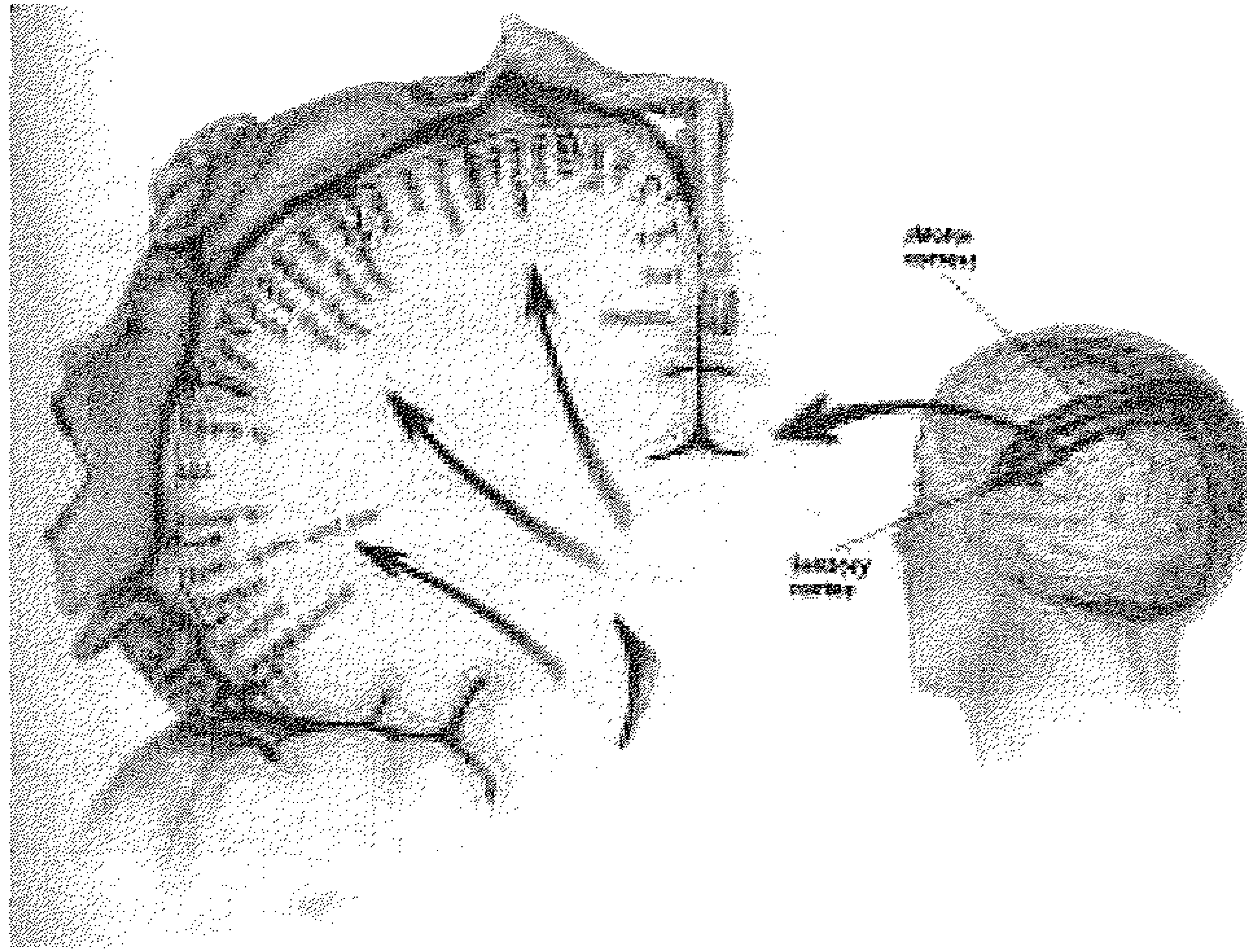
وأوضحت الدراسات والبحوث التي اجريت على مناطق الترابطات أهميتها البالغة ودورها في تكامل المعلومات التي ترد من مختلف أجزاء او قطاعات القشرة المخية. وان هناك العديد من المؤشرات التي تؤكد ذلك من خلال مسح مناطق التدفق الدموي وارتباط معدل التدفق الدموي باختلاف نوع النشاط ومستوى الاستثارة (سمعي، بصري، استدلالي، حركي .. الخ.)



3: 2: 3 أجهزة الحس:

من العمليات الأساسية في تفاعلنا ببيئتنا التي تحيط بنا. تلك العملية التي تحكم استقبالنا كبشر للمعلومات الخاصة بالمثيرات والأحداث والظواهر المحيطة بنا. انظر كيف أننا نتوقف بالشارع حينما يضيء النور الأحمر، ونجيب على التلفون حينما نسمع جرسه، ونميز صوت الصديق من بقية الناس. ورائحة شوي اللحم حينما نمر بالقرب منه. وكيف نتعرف على الصوف من ملمسه. وغير ذلك من الأمثلة الشيء الكثير وكل هذه النماذج السلوكية نتوقف على أجهزة الحس السمعية والبصرية والشمية والذوقية واللمسية والتي يسميها الباحثون بميكانزمات الاستقبال وتفسير المعلومات. فما هي أجهزة الحس هذه؟ (Papalia & Olds، 2005)

أولا: التعريف بالإحساس وطبيعته :



الإحساس هو ابسط العمليات النفسية ينشا كنتيجة لتأثير الأشياء او الظواهر آو الأحداث المتواترة في العالم الخارجي على أعضاء الحس. وقد عرف الإحساس في ضوء النظرية البنائية Structuralism بأنه وحدة unit آو عنصر حسي غير قابل للتحليل او التفسير ولكنه قابل للإدراك والوعي عندما يتم استثارة عضو حسي معين بمنبه خارجي او داخلي.

ومن وجهة النظر الوظيفية Functionalism فان الإحساس هو العملية آو النشاط الحسي المتغير الذي يمكن من خلاله الشعور (الإحساس) بالمنبهات آو المحسوسات الخارجية آو الداخلية مثال ذلك: الألوان، الأصوات، الروائح، المذاقات، الحرارة، والبرودة، الضغط على الجسم... الخ.

ويمثل الإحساس حلقة الوصل بين المنبهات الخارجية آو الداخلية ووعينا آو إدراكنا لها وعليه فان مفهوم الإحساس يشير إلى ما يحدث حينما يستقبل اي عضو من أعضاء الحس (العين، الآذن، الآنف، اللسان، الجلد) منبها معينا او تنبيها محددا من البيئة سواء كانت خارجية او داخلية.

ويحدث الإحساس في الغالب دون معرفة او توقع من جانبنا نحن. ولاشك بان كثيرا من الموجات الصوتية التي تصطدم بطبلة الأذن لتحدث لك صور التشويش أو الاضطراب ما لا تقوم بتسجيله أو الالتفات اليه عادة. وحين تستمع بانتباه فسرعان ما تكتشف في هذا الخليط من الضوضاء، أصوات عديدة مرت بك دون أن تلقي إليها بالا.

إن حواسنا المختلفة تعد مدخلا طبيعيا توصلنا إلى المعارف عن العالم سواء أكان خارجيا تمثله البيئة أو داخليا تمثله حالات الجسم الداخلية وحتى نعيش في عالم مليء بالتغير، يجب ان نحس وندرك العالم الذي نعيش فيه، فالإحساس والإدراك عمليتان متلازمتان تساعداننا على القيام بالاستجابات المناسبة والتوافق لما يحدث في العالم الخارجي او الداخلي من تغيرات (Wade & Tavris, 2006).

وتختلف شدة الإحساس من حاسة إلى أخرى طبقا للطاقات النوعية لدفعاتها العصبية التي زودنا الله بها. خذ على سبيل المثال العين الحساسة جدا للطاقة الضوئية، انك تستطيع أن ترى في ظروف مناسبة شعلة كبريت من مسافة خمسين مترا وتستطيع أن تميز 20000 لون، والأذن الحساسة تماما لذبذبات الموجات الصوتية وانك تستطيع ان تسمع موجات صوتية تتراوح بين 16، 20000 ذبذبة في الثانية. وتستطيع كذلك ان تميز عددا كبيرا من الروائح المختلفة. وتميز أنواعا كثيرة من الطعوم المختلفة. ويستطيع جلدك أن يحول الطاقة الميكانيكية او الحرارية إلى احساسات اللمس والألم والحرارة والبرودة، وتستطيع الخلايا الحركية الموجودة في العضلات والأوتار والمفاصل أن تحس بحركة أعضاء الجسم وأوضاعه المختلفة وتمكنك خلايا البدن الحسية من الإحساس بالتغيرات التي تحدث داخل الجسم من آلام.

وللاحساس خصائص عديدة: فهو مرحلة سابقة على الانتباه والإدراك وهو نشاط فيزيائي نتعرف من خلاله الشروط الخارجية التي تعطي الإحساس، وفيزيولوجي ندرس ما يحدث داخل العضو الحساس نفسه من أحداث. وسيكولوجي نلاحظ ما تؤدي إليه من تفاعل داخلي وتكامل يغير من طبيعة السلوك والاستجابة.

ويحدث الإحساس وفقا لأقدار معينة من الطاقة التنبيهية والتي يسميها الباحثون اسم العتبات الحسية Sensory Threshold المطلقة Absolute Threshold منها والفارقة Differential Threshold. انك مثلا لا تحس بكل الموجات الضوئية وإنما تحس ببعضها فقط ولا تحس بكل الموجات الصوتية. وانما تحس ببعضها فقط. وأنت غير قادر على سماع وقع إقدام رجل يمشي عن بعد بينما يستطيع الكلب إن يسمع ذلك (Halonen & Santrock، 2003).

وتميل العتبة الفارقة في الإحساس إلى إن تكون مقدارا ثابتا وهي تقدر عادة بنسبة ثابتة من شدة المنبه. وتزداد ازديادا مضطردا بازدياد وزن الشيء. كما أنها تختلف من حاسة إلي أخرى. وتوجد فروق فردية في العتبات الفارقة. فقد يكون فردا ما اكثر قدرة

على تمييز التغير في التنبيه الحسي من فرد إلى آخر. ويتكيف الحس فتضعف الحساسية في حالة استمرار التنبيه وتزداد الحساسية في حالة امتناع التنبيه. ووفقا لهذا المبدأ، فإننا بعد فترة زمنية لا نحس بالبرودة الشديدة ولا بضغط الملابس على البدن نتيجة لتكيف الخلايا اللمسية الجلدية ولا بالضغط على القدم، ولا نحس برائحة الطعام التي كانت تملأ البيت عند دخولنا إليه.

ثانيا: أعضاء الحس:

أ - حاسة الأبصار: Vision Sense:

البصر من أهم وسائل الاتصال بيننا وبين العالم الخارجي. وعيوننا وما تحويه من روابط عصبية هي اعظم الوسائل التي نحصل بها على معلومات عن عالمنا الخارجي. ويشير الباحثون إلى إن اكثر من 90 % من معلوماتنا عن العالم يأتينا عن طريق حاسة الأبصار. وتمثل العين عضو البصر بينما يمثل الضوء مثير عضو البصر(Dodwell, 1999).

تتميز العين بالحساسية الشديدة للضوء. فهي آلة دقيقة التركيب يمكنها تمييز الأشياء الدقيقة فهي تشبه آلة التصوير من عدة وجوه.

ففي آلة التصوير شريط حساس هو الفيلم تنطبع عليه صور الأشياء. وفي العين توجد طبقة حساسة تسمى الشبكية تنعكس عليها صور المرئيات. وفي آلة التصوير فتحة يمكن توسيعها وتضييقها عند الحاجة لضبط كمية الضوء اللازمة لالتقاط الصور وتوجد بالعين فتحة هي حدقة العين تتسع وتضيق من تلقاء نفسها تبعا لكمية الضوء ودرجة سطوعه. وتتحكم حدقة العين في كمية الضوء التي تمر بالعين فلا تسمح بالمرور إلا للقدر اللازم لوضوح الرؤية. فإذا كان الضوء شديدا انقبضت حدقة العين وضاقت وإذا كان الضوء ضعيفا اتسعت حدقة العين لتسمح بمرور كمية كبيرة من الضوء. انك إذا قرأت دروسك تحت ضوء شديد السطوع او شديد الضعف لفترة طويلة فسوف تسبب إجهادا لعينك وتصاب حينها بالصداع (Peterson, 2001).

والعين مثل آلة التصوير عدسة تقوم بتركيز أشعة الضوء على الشبكية. غير أن آلة التصوير تحتاج دائما إلى ضبط بوسائل ميكانيكية. أما عدسة العين فإنها تقوم بضبطها عضلات متصلة بها تقوم بتغيير شكلها تبعا لبعد الأشياء المرئية. فجميعنا يرى عبر الخطوات التالية :

- تمر الأشعة الضوئية أولا خلال القرنية. cornea
- ثم يمر خلال حدقة العين (أو إنسان العين) pupil
- ثم خلال العدسة. lens التي تقوم بتركيز الأشعة الضوئية على منطقة خاصة من سطح الشبكية retina تسمى البقعة الصفراء yellow spot وتمثل الجزء الأكثر حساسية

للرؤية في شبكية العين أو هي مركز الرؤية الواضحة. (Peterson، 2001).

ب - حاسة السمع The auditory sense mechanical energy

الإذن هي عضو السمع، والموجات الصوتية هي مثير عضو السمع. فالاذن حساسة للطاقة الميكانيكية، آي لتغيرات الضغوط الهوائي الذي تقع بين جزيئات الغلاف الجوي الخارجي. والآذن كأداة للسمع جهاز شديد الحساسية يستطيع آن يحس بضغط الهواء الذي تبلغ شدته 3 مليون من الجرام. كما أنها تستطيع أن تسمع الأصوات الضعيفة جدا التي يحرك ضغط موجاتها غشاء طبلة الآذن مقدارا يقل عن واحد مليون من البوصة (نجاتي، 1984)

وحاسة السمع هامة جدا لحياة الإنسان فعن طريق حاسة السمع، نسمع الكلام، ونتفاهم مع الناس، ونتعلم، ونتثقف، ونميز بين الكثير من أحداث الحياة. ونحدد أماكن الأشياء من حيث بعدها او قربها دون حاجة للرؤية، ونميز بين الأصوات ونحمي أنفسنا من مصادر الأصوات إذا كانت ضارة بالنسبة لنا.

آما المنبه السمعي والذي يمثل مثير عضو السمع. عبارة عن موجات هوائية (أو ذبذبات صوتية) تصل إلى القوقعة عن طريق الطبلة والعظيمات والسائل الليمغي الموجود في الآذن الداخلية. وقد يتحقق السمع على الرغم من إصابة الأذن إذ تقوم عظام الجمجمة وسوائل الدماغ بتوصيل الذبذبات الخارجية إلى مراكز السمع العصبية الموجودة في اللحاء ويعرف هذا التوصيل بالتوصيل العظمي. لاحظ أن الأصم يستعمل الآت وأجهزة مكبرة للصوت شبيهة بالميكروفون (مكبر الصوت) توضع خلف صوان الأذن. (مراد، 1975).

تتحرك الموجات الصوتية في الهواء بسرعة تزيد عن 1100 قدم في الثانية (حوالي 340 مترا في الثانية) ولما كان الصوت هو منبه الأذن فلا بد أن يمر عبر وسيط مثل قرع الجرس الذي تحركه طاقة الكهرباء أو الآلة الموسيقية التي يحركها الإنسان أو تحركها الطاقة الميكانيكية أو الكهربائية بحيث يحدث السمع نتيجة تغيرات ضغط الموجات الصوتية على طبلة الأذن (Atkinson, et al, 2005).

وتختلف سرعة الصوت تبعا لاختلاف درجات الحرارة في الجو ورطوبته واللذين يؤثران على كثافة الهواء ومرونته. وتنتشر الموجات الصوتية في خلال الهواء وخلال الأجسام الصلبة أيضا. كما تنتشر الموجات الصوتية أيضا في السوائل. كما تختلف من حيث طول الموجة أو عدد ترددتها وتردد الموجة هو عدد ذبذباتها في الثانية. والنسبة بين طول الموجة وعدد الترددات نسبة عكسية. وتردد الموجات الصوتية

التي تستطيع الأذن البشرية سماعها فيما بين 20، 20000 ذبذبة في الثانية (Atkinson, et al, 2005).

وتختلف الموجات الصوتية أيضا في مقدار الضغط الذي تحدثه على طبلة الأذن. واذا اشتد ضغط الموجة زادت سعتها. ويتوقف ارتفاع الصوت وخضوعه على شدة الموجة الصوتية. كما تختلف الموجات الصوتية من حيث بساطة حركتها وتعقدها. وأبسط أنواع الموجات الصوتية ما تعرف حركته بالحركة التوافقية البسيطة مثل حركة الشوكة الرنانة وحركة جهاز قياس الذبذبات الإلكتروني.

ولكن: **كيف نسمع بالأذن؟ وكيف ينتقل تأثير الموجة الصوتية الى مركز السمع في المخ؟**

عندما تتغير حركة الموجات الصوتية بفعل طاقات الضغط التي تحدث في الغلاف الجوي المحيط بالأذن الخارجية تصطك الذبذبات الصوتية بصوان الأذن الخارجية لتجد طريقها خلال قنوات الأذن الوسطى حتى تصل طبلة الأذن. وتتحول هذه الذبذبات الحسية بفعل المطرقة والسندان والركاب إلى موجات صوتية تتحرك حتى تصل إلى الغشاء القاعدي في الأذن الداخلية حيث القناة القوقعية التي تحمل أعضاء كرتي ذات الخلايا الشعرية التي تتأثر بهذه الموجات الصوتية. وتحدث هذه الموجات الصوتية تغييرا كيميائيا في سائل القوقعة الذي تقوم خلاياه الشعرية بتحويل هذا التنبيه ذو الطبيعة الميكانيكية إلى تنبيه ذي طبيعة كهربائية. ثم يقوم هذا التغيير الكيميائي بالتأثير في نهايات الأعصاب السمعية المنتشرة حول الأذن الداخلية فتقوم الأعصاب السمعية، أخيرا بنقل التأثير إلى المركز السمعي في المخ حيث يحدث الإدراك السمعي.

ج - حاسة الشم The Smell Sense:

تمثل الخلايا الشمية المتموضعة في الجزء العلوي من التجويف الأنفي أعضاء الشم، وتعمل الذرات المعبأة برائحة الأشياء والتي تدخل في الأنف مع الهواء كمثير لأعضاء الشم.

ويملك الإنسان والكائنات الحية عموما حاستين لهما خاصية أساسية تميزها عن سائر الحواس الأخرى ألا وهي الاستجابة الى المنبهات ذات الطبيعة الكيميائية وهما حاستي الشم والذوق **(Marx, 1998)**. وتعتبر حاسة الشم من أكثر الحواس الإنسانية بدائية وأكثرها أهمية في نفس الوقت. وبهذه الحاسة يمكننا إدراك الأشياء البعيدة تماما، كما تقوم به حاستا السمع والبصر. ومع ذلك، وبالنظر لوجود عضو حاسة الشم في أعلى تجويف الأنف، ولما كان الإنسان يمشي على الأرض منتصب القامة. فان إدراكه للكثير من الروائح يكون ضعيفا حيث يعجز الإنسان عن استخدام هذه الحاسة استخداما أمثل

كما هو في بعض الحيوانات **(Atkinson, et al, 2005)** ويعزو العلماء هذه الظاهرة إلى أن الجزيئات الدقيقة التي تنبعث من المنبهات ذات الرائحة والتي تنبه حاسة الشم تميل عادة إلي الاستقرار على سطح الأرض. ويشير العلماء في ذلك كثرة انتشار أمراض البرد والزكام بحيث يضعف قدرة الإنسان على الشم. وكثرة اعتماد الناس على أبصارهم وأسماعهم في إدراك الأشياء البعيدة مما يقلل من اعتماد الإنسان على الشم في إدراك هذه الأشياء. ولكن: **كيف يحدث الشم ؟ وما طبيعة الخلايا الشمية ؟**

تصل الروائح إلى عضو حاسة الشم من الخارج عن طريق فتحتي الأنف الأماميتين، أو من تجويف الفم عن طريق فتحة الأنف الخلفية. وخاصة أثناء الأكل أو أثناء الزفير، ولا يصل إلى الخلايا الشمية Olfactory Cells أثناء التنفس الهادئ العادى إلا قدر ضئيل من الأبخرة الحاملة للروائح كما يظهر ذلك واضحا من الشكل. ولهذا، فان الإنسان لا يستطيع في كثير من الأحيان أن يشم الروائح إلا إذا استنشق الهواء بشدة وتمكن كثيرا من الأبخرة الحاملة للروائح من الوصول الى الخلايا الشمية.

أما عن طبيعة الخلايا الشمية فهي شديدة الحساسية جدا، فهي تستطيع أن يشتم كميات صغيرة جدا من الأبخرة وإذا قارنا كمية المادة التي يمكن أن تتأثر بها حاسة الذوق لكمية المادة التي يمكن أن تتأثر بها حاسة الشم، لوجدنا أن حساسية الشم تزيد عن حساسية الذوق بمقدار 10000 مرة (Marx، 1998).

د ـ حاسة الذوق :

تمثل براعم التذوق على اللسان عضو الاحساسات الذوقية وتعمل الأجسام المذاقية المذابة (في الماء أو اللعاب) كمثيرات لعضو الذوق.

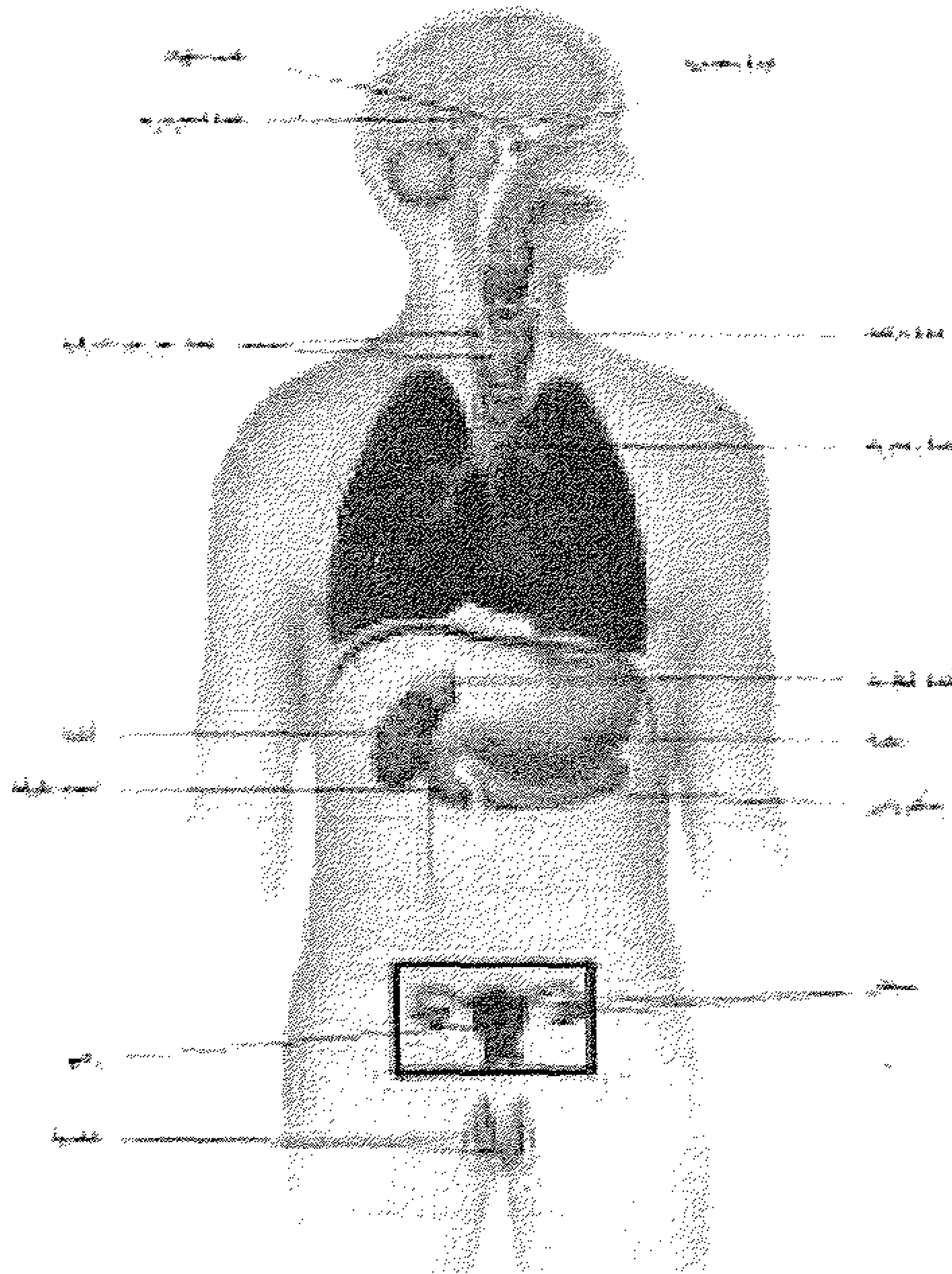
تتكون حاسة الذوق من تجمعات الخلايا المستقبلة في شكل براعم، وتتجمع هذه البراعم في شكل حليمات ينتشر بعضها في الجزء الأخير من اللسان وهي حساسة للمر. وينتشر بعضها الآخر على جانبي اللسان، وهي حساسة للحامض. كما ينتشر بعضها على طرف اللسان وهي حساسة للحلو. وينتشر بعضها الآخر على معظم أجزاء اللسان فيما عدا منتصفه وهي حساسة للمالح. أما منتصف اللسان فغير حساس للذوق.

وعليه، فان للاحساسات الذوقية أربعة خصائص مختلفة هي : الحلاوة، الحموضة، والملوحة، والمرارة. وحتى يتم تنبيه خلايا حاسة الذوق Gestation يجب أن تذوب المادة المذاقة حتى تصل الى الخلايا المستقبلة المتجمعة في الحليمات. وتتأثر الخلايا المستقبلة بالمادة المذابة تأثيرا كيميائيا فتنطلق في العصب الذوقي المتصل بهذه الخلايا المستقبلة نبضات عصبية تصل إلى المخ، فيحدث الإحساس بالذوق (نجاتي، 1984) (Marx, 1998) (Atkinson, et al, 2005).

هـ - حواس الجلد : The Skin Senses

وعن طريق الجلد، وكذلك الغشاء المخاطي للفم والأنف يمكن أن تتوفر احساسات ذات أشكال أربعة : الإحساس باللمس أو الاحساسات اللمسية، والإحساس بالبرودة، والإحساس بالحرارة، والإحساس بالألم. ويشير الباحثون (Marx، 1998). أنه من الممكن تقسيم كل من هذه الحواس إلى حاستين على الأقل، ولكن هناك احتمال أن يزداد عدد الحواس الجلدية في المستقبل بتقدم البحث العلمي في هذا المجال. إلا أننا قد لا نحس في كل أجزاء الجلد بطريقة متماثلة. فتنبيه جزء من جلد الإنسان قد يختلف عن تنبيه جزء آخر منه. ولو رسمنا مربعا كبيرا على جلد الإنسان ثم قسمناه إلى عدد من المربعات الصغيرة المتجاورة، ثم قمنا بوخز إبرة في تلك المربعات الصغيرة، فإننا نجد أن البعض منها نحس بالضغط فقط وبعضها الآخر لا يثير فينا أي إحساس (نجاتي، 1984) وقد أشارت الدراسات التشريحية إلى وجود أنواع مختلفة من الخلايا المستقبلة في الجلد بحيث يتخصص كل منها في استقبال نوع معين من الطاقة. فمنها ما يحس بالألم ومنها ما يحس بالحرارة، والبرودة، ومنها ما يحس بالضغط.. الخ.

ومما يجدر ذكره أن الإحساس بالحرارة إحساس نسبي تكيفي، لا يتم الا إذا كانت درجة حرارة المنبه مختلفة عن درجة حرارة الجسم، وأن الإحساس بالحرارة متميز عن الإحساس بالبرودة. واحساسات الجلد على اختلافها لها فوائد بيولوجية واجتماعية قصوى لكل الكائنات الحية بما فيها الإنسان. فهي : تحافظ على الكائن من الأذى بابتعاده عن مصادره، وتهيئ له البيئة الحسية الملائمة مما يساعده على التوافق النفسي والاجتماعي.



3: 2: 4 جهاز الغدد الصماء (الاندوسيرين) The Endocrine system:

تتكون الغدد من خلايا تختص بإفراز مواد كيماوية شديدة التعقيد. إلا أن العلماء قد تمكنوا من استخدام قياسات مباشرة أو غير مباشرة في قياس كمية إفرازات الغدد في الجسم.

ولجهاز الغدد أربع وظائف رئيسة هي: (الحاج، 2001):

- المساعدة في ضبط بيئة الجسم الداخلية عن طريق تعديل التركيب الكيميائي لبعض جزيئات الخلايا المستجيبة.
- الاستجابة لتغيرات بيئية رئيسية تساعد الجسم في مواجهة الحاجات الطارئة كالعدوى والجفاف، والجوع، والنزيف، وتغيرات الطقس الحادة والكرب العاطفي.
- المساهمة في جعل النمو والتكوين متناسقا ومتكاملا.
- المساهمة في عمليات التكاثر. مثل تكوين الخلايا الجنسية والاخصاب وتغذية الجنين والولادة وتغذية الوليد.

هذا، ويمكن تصنيف الغدد إلى فئتين رئيسيتين هما :

أولا: الغدد القنوية خارجية الإفراز:

تصب الغدد القنوية خارجية الافراز إفرازاتها عن طريق قنوات. وتوصل هذه الإفرازات إلى سطح الجسم أو داخل تجاويفه. ومن هذه الغدد **الغدد اللعابية في الفم**: التي تفرز عصارات هضمية تعمل على تليين الطعام، وتحدث تغيرات كيماوية فيه، تذكر معي، **عزيزي القارئ**، إن العالم الفيزيولوجي الروسي. بافلوف قد استخدم الاستجابة اللعابية في تجاربه الشهيرة كأحد أشكال السلوك المحدثة. **والغدد المعدية** في جدران المعدة. **والغدد المعوية و أجزاء معينة من البنكرياس و الكبد**. **والغدد العرقية و الغدد الدهنية** التي تستخرج نواتج العضلات في شكل سائل من خلال مسام الجلد. **والغدد الدمعية** التي تغطي العين بالسائل الدمعي للحفاظ على إنسان العين.

ومن الغدد القنوية أيضا : الكليتان التي تتولى مهمة إخراج الفضلات من الجسم حيث تنقل الفضلات من الدم و تفرزها إلى المثانة، حيث يتم التخلص منها أولا بأول.

ثانيا: الغدد اللاقنوية الصماء Ductless glands

تحتوي اجسامنا على نوعين من الغدد. غدد بقنوات وغدد بدون قنوات. والقناة هي الممر الذي يحمل المادة التي تفرزها الغدة الى موقع معين في الجسم. اللعاب والعرق والدموع جميعها تصل الى مبتغاها بواسطة قنوات. وقد اهتم علماء النفس بشكل خاص في المواد التي تفرزها الغدد بدون قنوات (الغدد الصماء) وذلك لأثرها على السلوك.

وتشكل الغدد الصماء الجهاز الاصم في الجسم (جهاز الاندوسرين) وتفرز مواد تسمى الهرمونات وكلمة هرمون مأخوذة من الكلمة اليونانية (Horman) وتعني تفرز

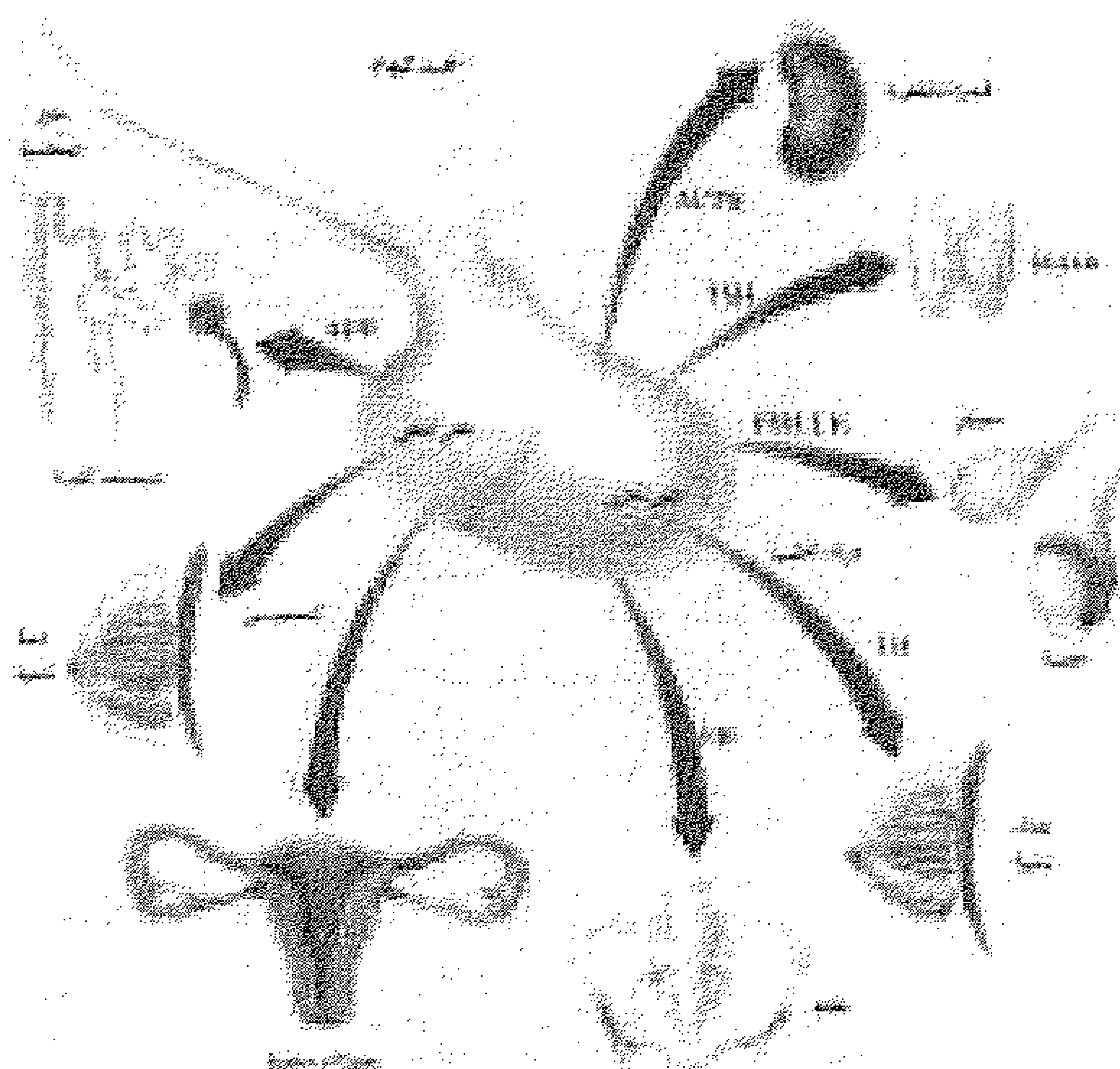
الجدول رقم: 1: 1: نظرة فاحصة حول بعض الغدد الهامة والغدد الصماء

الغدة	الهرمون	التأثيرات الهامة
النخامية القسم الامامي	هرمون النمو	يسبب نمو العضلات والعظام والغدد
	هرمون قشرة الغدة الكظرية الغذائي	يتحكم وينظم عمل قشرة الغدة الكظرية
	ثايروتروفين	يحفز الغدة الدرقية على انتاج هرمون الثيروكسين
	الهرمون المحفز	يسبب انتاج السائل المنوي وانتاج البويضات
	هرمون Lueinizing	يسبب الاباضة ويحفز المبيض
	البرولكتين	يحفز انتاج الحليب
النخامية القسم الخلفي	هرمون مضاد الجفاف	يمنع انتاج البول
	أوكساتيوسين	يحفز انقباض الرحم خلال الولادة واطلاق الحليب خلال فترة الرضاعة
البنكرياس	الانسولين	يمكن الجسم من الاستفادة من السكر وينظم خزن الدهون في الجسم
	جلوكاجون	يزيد من نسبة السكر والدهون في الجسم
	سوماتوستاجين	ينظم انتاج الانسولين والجلوكاجون
الغدة الدرقية	ثيروكسين	يزيد من معدل عمليات الايض
الغدة جارات الدرقية	باراثورمون	يزيد من مستوى الكالسيوم في الدم
الغدة الصنوبرية	ميلاتونين	ينظم عملية التوالد ونمو الخصائص الجنسية الثانوية
الغدة الكظرية القشرة	\استوريد	يزيد من المقاومة للضغط والاجهاد وينظم عملية ايض الكربوهيدرات
الغدة الكظرية النخاع	الادرينالين (اينفرين)	يزيد من نشاط عملية الايض ونشاط القلب ومعدل التنفس ومستوى السكر في الدم... الى آخره
	نورادرينالين (نوربنفرين)	يزيد من ضغط الدم ويعمل كمرسل عصبي
الخصيتان	التستوسترون	يحفز نمو الخصائص الجنسية الذكرية
المبايض	استروجين	ينظم الدورة الشهرية
	بروجسترون	يحفز نمو انسجة الانثى اللازم لعملية التوالد ويحافظ على الحمل
الرحم	عدو هرمونات	المحافظة على الحمل

تنشأ الغدد الصماء من النسيج الطلائي. وتتزود بكميات وافرة من الدم. وتفرز هرموناتها اما على هيئة بروتينات او ستيرويدات. و تتميز هذه الغدد بأنها تفرز إفرازاتها في تيار الدم مباشرة، ولا تقع تحت تأثير التحكم الشعوري للإنسان. كما تفرز ما يسمى بالهرمونات بكميات قليلة. ولها تأثير حاسم في كثير من أنشطة الجسم ووظائفه. وهي ضرورية حتى يقوم الجسم بوظائفه بكفاءة. وتساعد على التحكم في النمو. كما تؤثر في الجهاز العصبي، مستويات الطاقة، المزاج، الاستجابة للتوتر (Owens, 2002).

إن اكثر الغدد الصماء أهمية في إطار العمليات السلوكية هي : الغدد الجنسية The gonads و الغدد الأدرينالين The adrenals و الغدة الدرقية The thyroid و الغدة النخامية The pituitary:

ونعرض عليك، للغدد اللاقنوية الصماء كما يلي :



أ - الغدة الصنوبرية Pineal gland.

تقع الغدة الصنوبرية التي تأخذ شكلا هرميا في سقف الحجرة الثالثة للدماغ تحت سطح المخ عند قاعدته ويبلغ طولها حوالي 8 ملم ولا يزيد عرضها عن 4 ملم. و تتميز بأنها تعمل لفترة عمرية وجيزة وتبدأ بالضمور بعد سن السابعة من العمر. وتفرز هرمونين هما: هرمون ميلاتونين Melatonin الذي يعتقد بأنه يمنع نضج الجهاز التناسلي. وخاصة الانثوي قبل البلوغ. وهرمون أدرينوجلومرولوتروين Adrenologlomerulotropin الذي يعتقد انه يحفز قشرة الغدة الكظرية لاطلاق هرمون الدوسترون Aldosterone. كما تؤثر في كل من الحالة المزاجية و الخصوبة. وتجهز معلومات عن النور و الظلام. وتفرض نظاما للعديد من العمليات الجسمية خلال 24 ساعة. ويسمونها بالساعة البيولوجية. وزيادة إفرازها تسبب اضطرابات في النمو، وفي النشاط الجنسي عند قاعدة المخ داخل تجويف عظمي.

ب - الغدة النخامية: Pituitary gland

تقع في المخ ولها فصان أمامي وخلفي وهي بحجم حبة العنب وتتدلى من تحت المهاد Hypothalamus وتتكون من فص أمامي Anterior lobe وفص خلفي Posterior lobe :

1 - هرمونات الفص الأمامي: تؤثر هذه الهرمونات على وظائف عدد من اعضاء الجسم وهي:

(1) هرمون النمو (Growth Hormone (GH)):

يطلق على هذا الهرمون اسم آخر هو الهرمون الموجه للخلايا الجسدية Somatotropic hormone ويؤثر هذا الهرمون بشكل اساسي على نمو الخلايا العضلية الهيكلية والعظام الطويلة. و يؤدي دورا هاما في تحديد الحجم النهائي للجسم. ويحفز تحويل الأحماض الأمينية الى بروتينات ويساهم في تحطيم الدهنيات لتزويد الجسم بالحرارة. وقلة افرازه يؤدي الى التقزم Dwarfism بينما يؤدي الافراط في افرازه الى العملقة Gigantism.

(2) **الهرمونات الموجهة للمناسل Gonad tropic Hormones:**

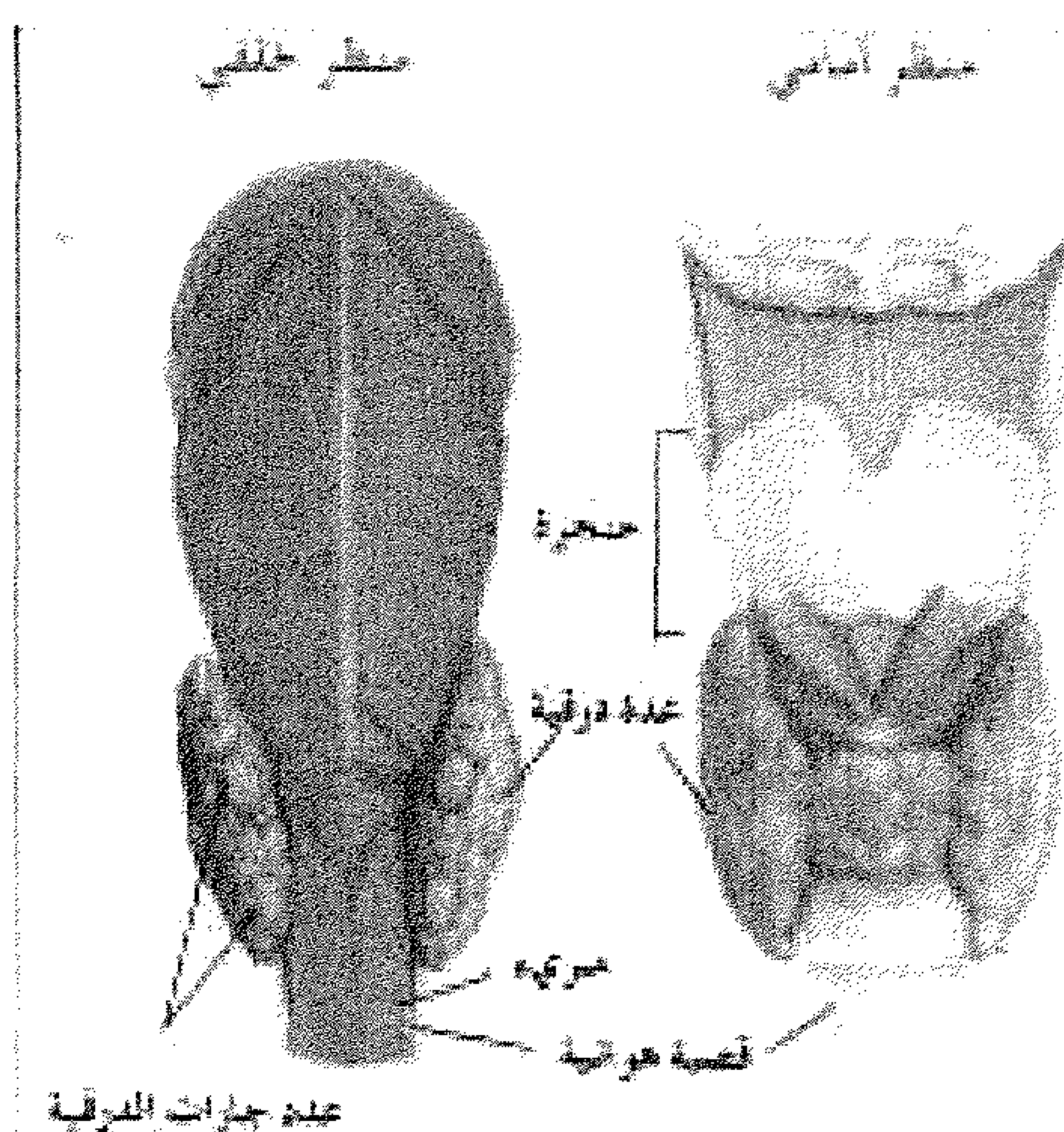
هذا الهرمون يقوم بتنظيم انشطة هرمونات الخصية (بتحفيز نمو الحيوانات المنوية في الخصية). والمبيض (بتحفيز نمو حوصلات المبيض). وتحفيز عملية الاباضة من قبل الهرمون المصفر (Latinizing hormone "LH"). ويساهم في تحويل حوصلة جراف الناضجة الى الجسم الأصفر Corpus Lueum الذي يحفز بدوره لانتاج هرموني استروجين Estrogen وبروجسترون Progesterone.

(3) الهرمون الحافز للغدة الدرقية Thyroid stimulating hormone (TSH) يقوم هذا الهرمون بتنظيم نشاط قشرة الغدة الكظرية

2 - هرمون الفص الخلفي:

يقوم هذا الهرمون بافراز الهرمونات التالية:

(1) هرمون الاكسيتوسين Oxytocin hormone : يقوم بتحفيز انقباضات عضلات الرحم اثناء الولادة والعلاقات الجنسية. وفي تدفق الحليب من ثدي الام المرضعة. ويستعمل في الغالب اثناء مراحل الطلق المتأخرة من اجل تسريع عملية الولادة.



(2) الهرمون المضاد للأدرار (Anti Diuretic hormone (ADH : يساعد في زيادة نفاذية أنيبيبات الكلية للماء. وبذلك يعاد امتصاص الماء ثانية الى هذه الانيبيبات ويقل حجم الماء في البول.

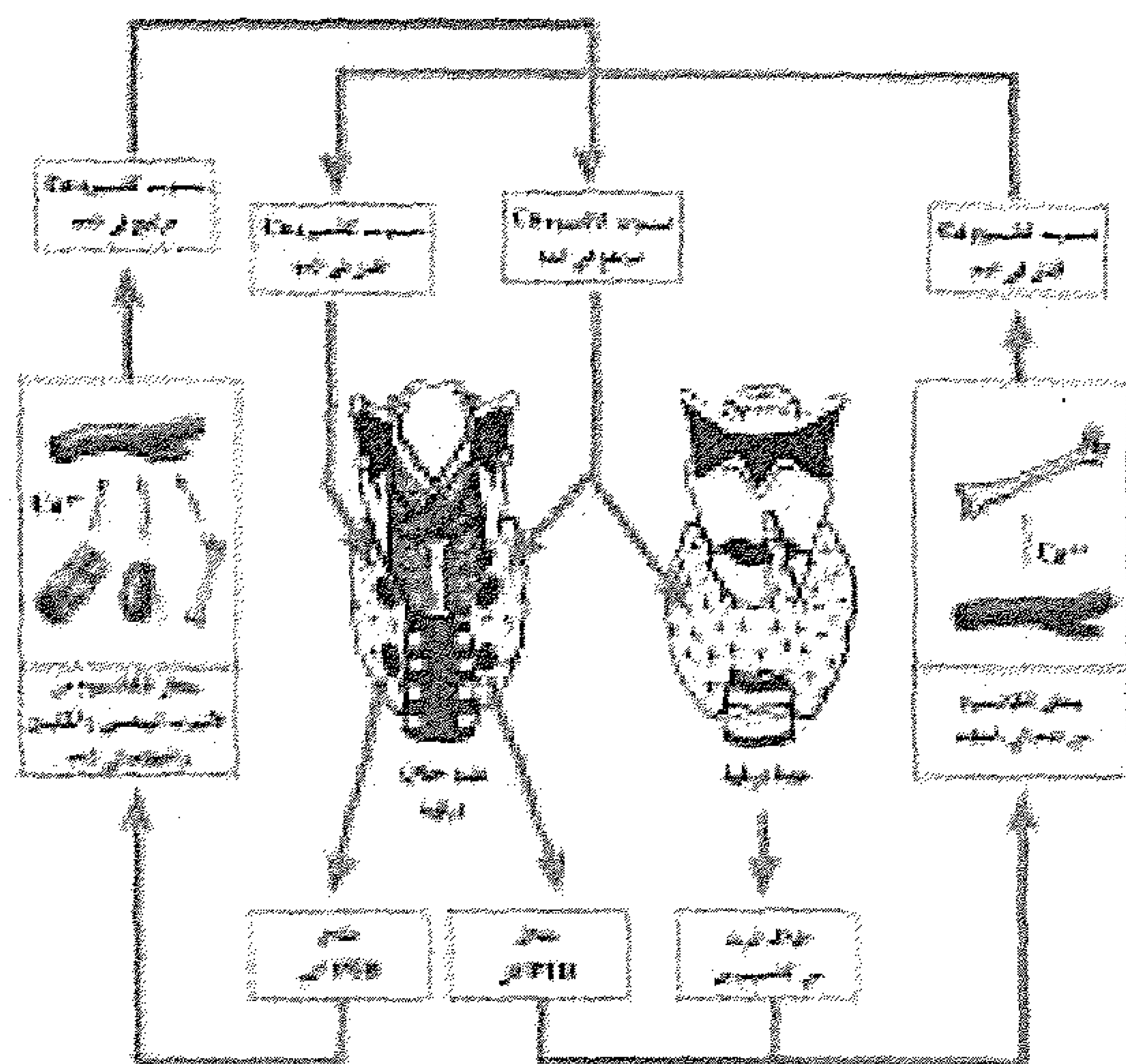
وهكذا فان الغدة النخامية تعتبر همزة الوصل بين جهاز الغدد و الجهاز العصبي، وتسيطر على نشاط الغدد الأخرى خاصة الغدد الكظرية، والدرقية، والتناسلية. ولذلك سميت بالغدة المسيطرة أو القائدة. ويتراوح وزنها بين 350 -1100 حجم. كما تفرز هرمونا منبها للنمو زيادة إفرازه يؤدي إلى العملقة وإذا ازداد إفرازه بعد توقف نمو العظام تضخمت الأطراف أما نقص الإفراز فيسبب تأخر النمو بصفة عامه وتفرز هرمون البرولاكتين. وهو منشط لإدرار اللبن عند آلام بعد الوضع. كما تفرز هرمون منبه للغدة الجنسية يؤثر في نمو نشاطها، وهرمون منبه للغدة الدرقية و منشط لها، وهرمون منبه لقشرة الغدة الكظرية. وترفع ضغط الدم أثناء الطوارئ

ج - الغدة الدرقية : Thyroid gland

تقع في الجزء الأسفل من الرقبة تحت الجلد وأمام القصبة الهوائية، أسفل الحنجرة. ولها فصان جانبيان يتصلان بكتلة خلوية مركزية هما: هرمون الثيروكسين، وهرمون الكالستونين Calcitonin. وجزء متوسط بينهما.

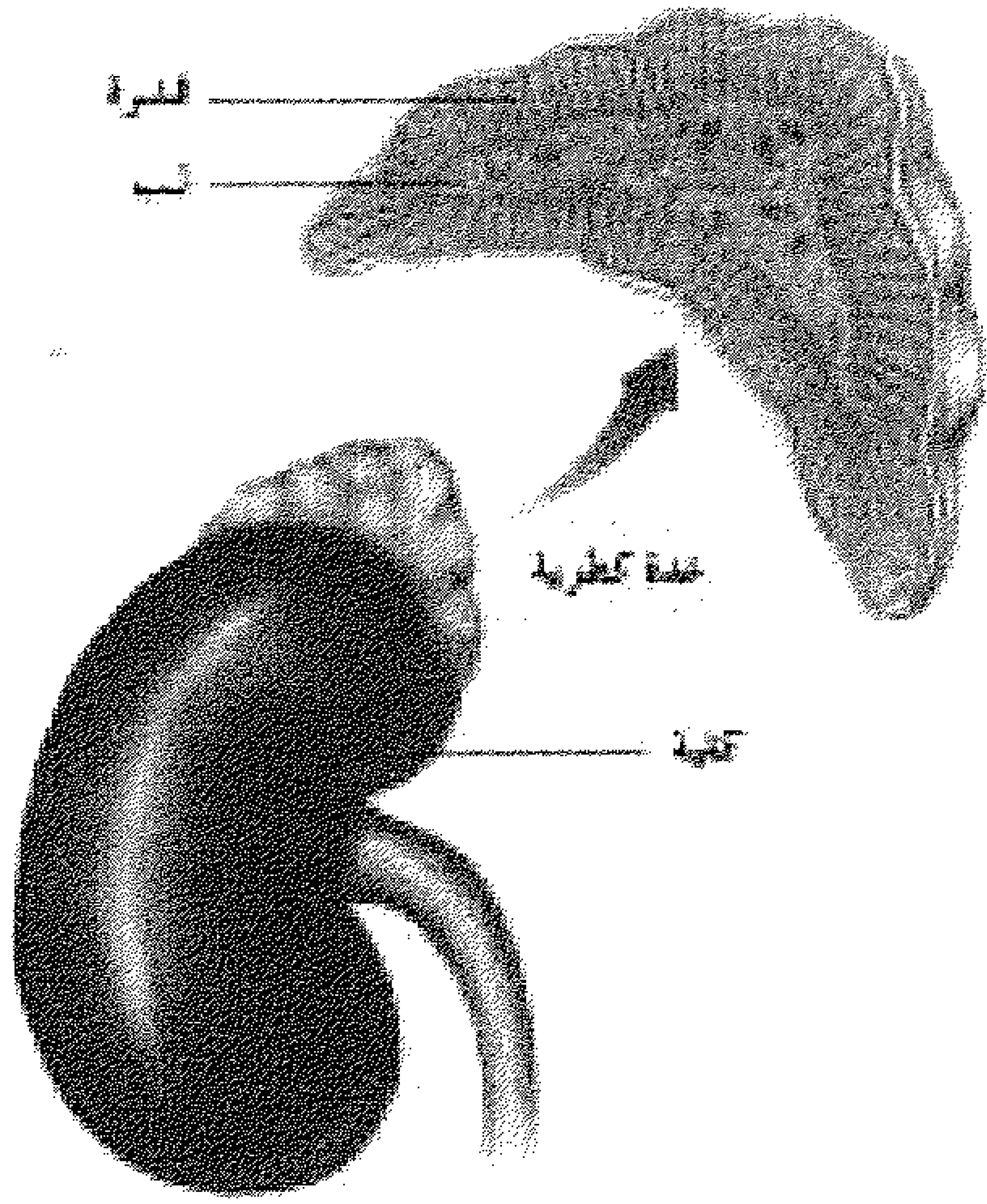
1 - هرمون الثيروكسين Thyroxin :

وهو عبارة عن ببتيد صغير مرتبط بعنصر اليود Iodine الذي لا يتم تكوين الهرمون بدونه. وبالتالي فان نقصان اليود في الطعام يؤدي الى تضخم الغدة الدرقية. ولذلك يحفز هرمون الغدة النخامية المنشط لعمل الدرقية تكوين المزيد من الثيروكسين. ويؤدي ذلك الى تضخم هذه الغدة.



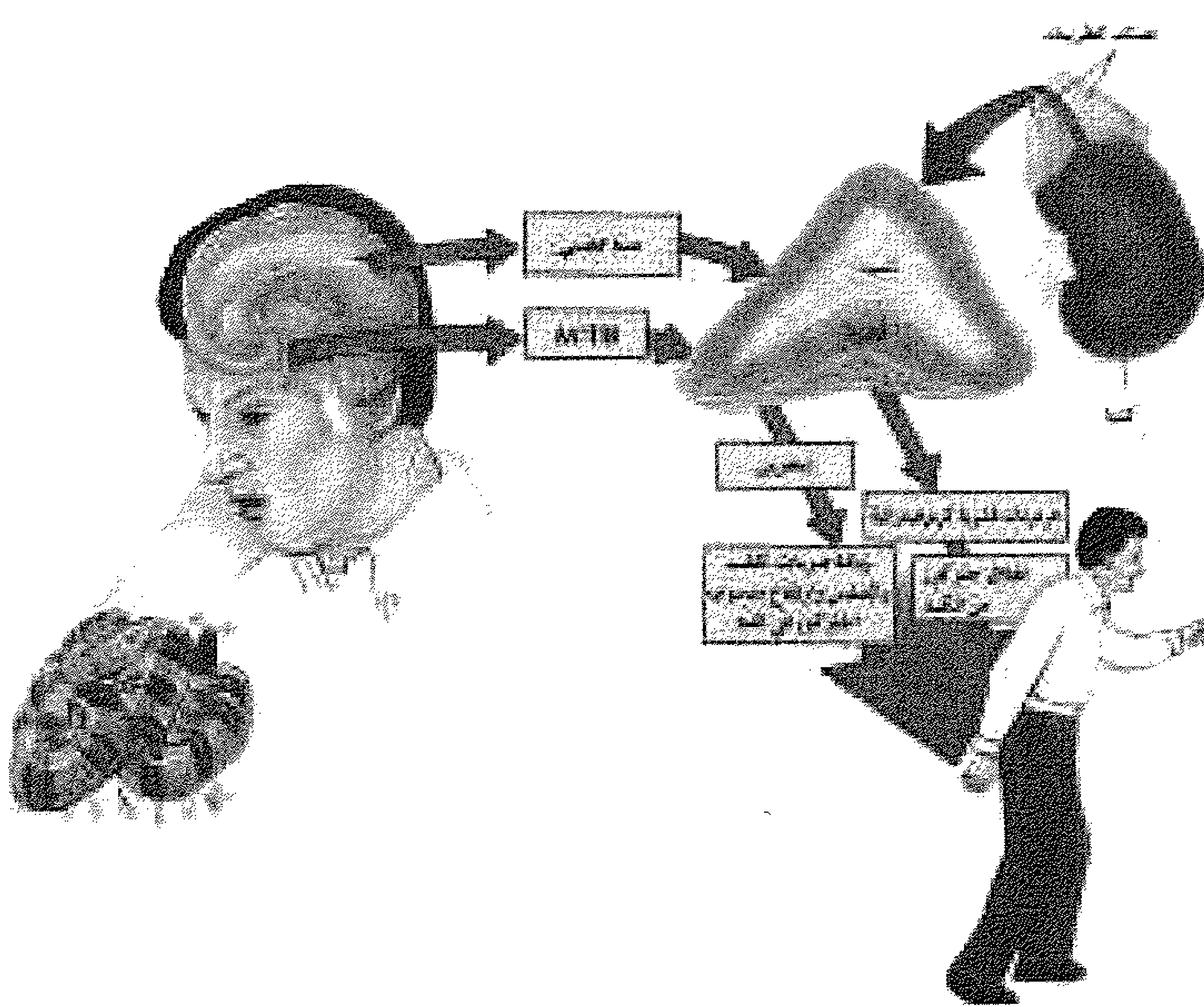
يتحكم هذا الهرمون بأكسدة الجلوكوز وتحويله الى طاقة كيماوية في الجسم. ولما كانت كل خلية في الجسم تحتاج الى طاقة للقيام بأنشطتها فان هذه الخلايا تعتبر هدفا لعمل هذا الهرمون.وله أهميته في نمو وتكوين انسجة الجسم وخاصة في الجهازين العصبي والتناسلي. ويؤدي نقص

افراز الثيروكسين في الطفولة المبكرة الى حالة القماءة Cretinism بحيث يقود هذا النقص الى التقزم والاعاقة العقلية. كما يؤدي نقص افراز هذا الهرمون الى الخرب My edema ويتميز بجفاف الجلد وفقدان النشاط العقلي والجسدي. بينما يؤدي الافراز المفرط للهرمون الى زيادة كبيرة في النشاط الآيضي. وعدم تحمل الحرارة، وسرعة نبضات القلب، ونقصان الوزن، وتضخم الغدة نفسها بحيث تبدأ بجحوظ العينين Exophthalmia



2 - هرمون الكالستونين Calcitonin:

يؤدي هذا الهرمون الى انقاص مستوى الكالسيوم في الدم بتخزينه في العظم. كما يفرز استجابو لزيادة مستوى الكالسيوم في الدم. ويقل نشاط هذا الهرمون مع التقدم في العمر خاصة عند المسنين الامر الذي يفسره العلماء نزع الكالسيوم من عظم هؤلاء. ويتراوح وزنها بين 10 - 50 جم ويزداد وزنها مؤقتا أثناء البلوغ، والحمل، والحيض. وتقوم بتخزين مادة اليود في الجسم. وتنتج هرمون الثيروكسين (Thyroxin) الذي يؤثر في عمليات النمو الجسمي والنفسي وفي معدل الابض (أي الهرم و البناء) بمعنى المعدل الذي يحرق (يستهلك) به الطعام ليمدنا بالطاقة. فيتحكم في مستوى النشاط العام للجسم و في معدل النمو الجسمي بما فيه نمو الجهاز العصبي. وعندما يقل إفراز الهرمون عن معدله السوي فان الفرد يميل إلى البطء والكسل و الفتور أو اللامبالاة، وتتسبب في حالة من الضعف العقلي (القزامة او القصاع) وفي الكبر تتسبب في المكسيديما (التأخر العام في النمو الجسمي والعقلي). أما إذا زاد إفراز الهرمون عن معدله السوي فان الفرد يميل إلى النشاط الزائد و



الاستثارة، وإلى تضخم الغدة الدرقية. وتعد هذه الغدة من المدخلات الهامة في بناء الشخصية السوية للفرد

د - الغدد جارات الدرقية : Parathyroid Glands

تتكون من أربع كتل خلوية صغيرة (بحجم ذرة العنب) وتقع عند السطح الخلفي للغدة الدرقية. بحيث توجد غدتان عند جانب كل فص للغدة الدرقية. تفرز هذه الغدد هرمون باراثرمون Para hormone الذي يضبط توازن الكالسيوم في الدم. فعندما ينقص كالسيوم الدم عن المستوى الحرج فان غدد الباراثرمون يحفز خلايا عظمية أكولة لتحطيم نسيج العظم واعادته من الكلية اضافة الى زيادة امتصاص الكالسيوم من الامعاء الدقيقة وبالتالي اطلاق الكالسيوم في الدم. مما يشير الى قيام هذا الهرمون بعمل معاكس لهرمون الكالسيتونين الذي يؤدي الى نقصان الكالسيوم في الدم. لاحظ ان انخفاض الكالسيوم في الدم يزيد من توتر الاعصاب. وتعطي المنبهات للعضلات بسرعة كبيرة لتؤدي الى التكرز Titans (تشنج عضلي شديد قد يؤدي الى الوفاة) أما النشاط المفرط لهذه الغدد فيؤدي الى تحطيم هائل للعظم بحيث تصبح هشة جدا. وقد اثبت الفحص بالاشعة السينية للعظام ظهور ثقوب في نسيج العظم. وعليه، فان الغدد جارات الدرقية تحافظ على المستوى العادي من تنبه الجهاز العصبي وتهيجه. وتقوم بضبط عملية تمثيل الكالسيوم و الفسفور. وتسهم في تكوين العظام. كما تسهم في النشاط العصبي و العضلي. وزيادة الإفراز تسبب الجوبنز أي تضخم الغدة الدرقية وكذلك هشاشة وتشوه العظام. بينما يؤدي نقص الإفراز إلى الكزاز أو التتانوس (تقلص العظل) والموت.

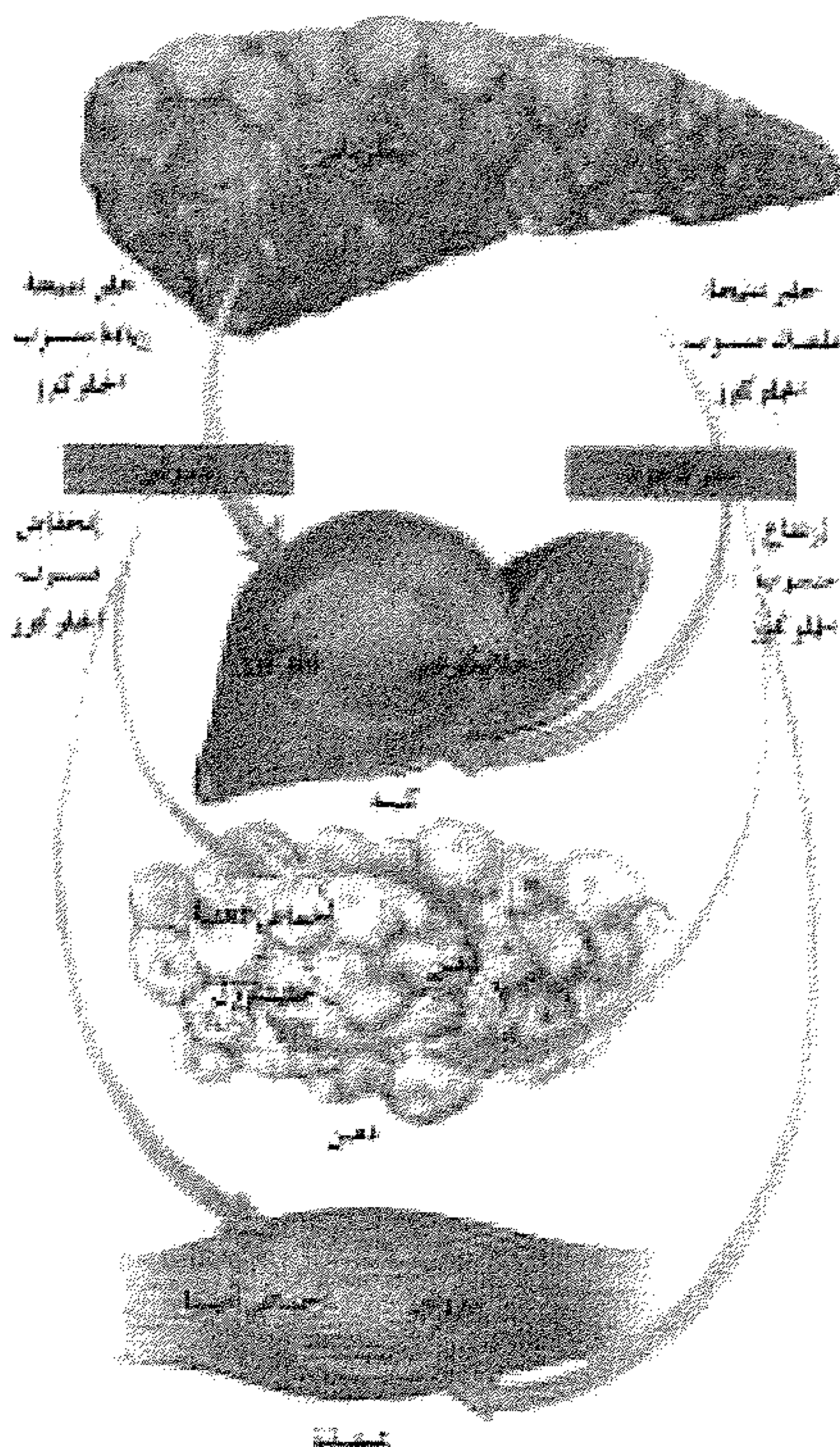
هـ - الغدتان الكظريتان : Adrenals glands

وهما اثنتان تتكونان من جزأين هما القشرة واللب وتقعان فوق الكليتين مباشرة وعلى الرغم من ان كل غدة كظرية تبدو وكأنها عضو واحد. الا انها تشبه الغدة النخامية حيث تتكون من جزء افرازي يدعى القشرة Cortex وآخر عصبي يدعى اللب Medulla وتحيط القشرة باللب الذي يتكون من ثلاث طبقات خلوية هي (الحاج، 2001):

1 - هرمونات القشرة Hormones of the Cortex تفرز القشرة ثلاث مجموعات من الهرمونات تدعى ستيرويدات القشرة Corticosteroids وهي المعدنية والسكرية والجنسية. وهذه الهرمونات هي:

- ستيرويدات القشرة المعدنية Mineral corticoids
- ستيرويدات القشرة السكرية Glucocorticoids
- هرمونات القشرة الجنسية: Cortical sex Hormones:

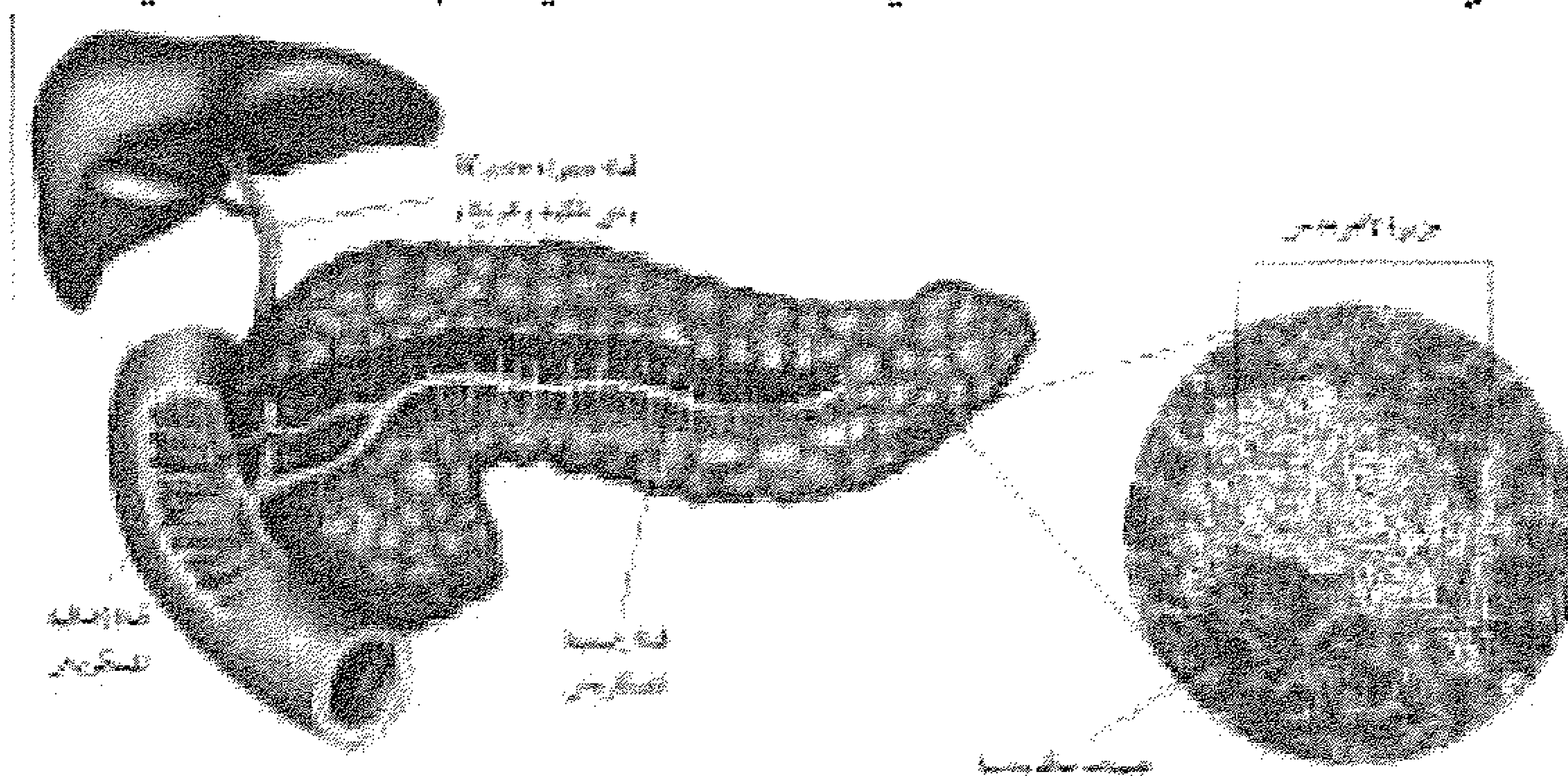
2 - هرمونات اللب: Hormones of the Medulla :



تعمل هرمونات اللب على تنظم عملية أيض الصوديوم والماء (القشرة). وتقوم بتنبيه الجسم بإفراز هرمون الأدرينالين في أوقات الطوارئ والخوف. وتفرز النورادرينالين فيالأوقات التي تتطلب جهدا بدنيا كبيرا او عند الغضب. وتحتفظ بالخصائص الجنسية الثانوية تحتفظ بالظروف العضوية الضرورية للحمل. وترفع ضغط الدم و ترفع مستوى السكر أثناء الطوارئ. وتوسع حدقة العين. كما تزيد من سرعة دقات القلب و قوتها. وترخي عضلات الشعب الهوائية. وتعمل على كف نشاط جدران المعدة. وتحول الجليكوجين في الكبد الى سكر جلوكوز. وتعمل على إرخاء جسم المثانة وانقباض العضلة العامرة. وتقاوم التعب العضلي وتزيد من قابلية العضلة للتنبيه. وتزيد من معدل الأيض القاعدي. كما تزيد من عدد كرات الدم الحمراء. وتسرع من تكون الجلطة الدموية منعا للنزيف. ونقص إفراز القشرة يسبب مرض أديسون بينما يؤدي زيادة إفراز القشرة يسبب زيادة أو إسراع النمو الجنسي

و - الغدة البنكرياسية: Pancreas :

تتحكم غدة البنكرياس مباشرة بمستوى السكر في الدم والبول وذلك من خلال هرمون الانسولين. احد انواع السكري يشخص بظهور زيادة في نسبة السكر في الدم والبول. وهي حالة قد تؤدي الى الغيبوبة او الموت. يحدث مرض السكري نتيجة لنقص او عدم الاستفادة من هرمون الانسولين. الاشخاص الذين لا ينتجون كمية كافية من الانسولين الطبيعي يكونون



بحاجة الى حقن هذا الهرمون بشكل يومي وذلك للسيطرة على مرض السكري.

ان الحالة المعروفة بنقص السكر في الدم (Hypoglycemic) تشخص بانخفاض مستوى السكر في الدم بالاضافة الى الارتعاش، الدوار، وفقد الطاقة والقوة وهي اعراض يمكن بسهولة ان يخلط بينها وبين مرض القلق. فالعديد من الناس الذين سعوا للحصول على علاج ومساعدة في مجال هذا المرض. وعن طريق تحليل الدم علموا انهم يعانون من مرض نقص السكر في الدم. ويمكن السيطرة على هذا المرض عن طريق نظام حمية.

تقع خلف المعدة في تجويف البطن وهي غدة قنوية صماء تدعى مكونات الجزء الأصم جزر لانجرهانس Islets of Langerhans التي تكون مطمورة وموزعة في أجزاء قنوية تدعى عنيبات Acini التي تفرز انزيمات هاضمة للمواد الغذائية التي تصل الى الأمعاء الدقيقة.

تحتوي البنكرياس على اكثر من مليون "جزيرة" لانجرهانس مبعثرة تقوم بافراز هرمونين هما: هرمون الانسولين Insulin وهرمون حلوكاجونGlucagons

1 - هرمون الانسولين:

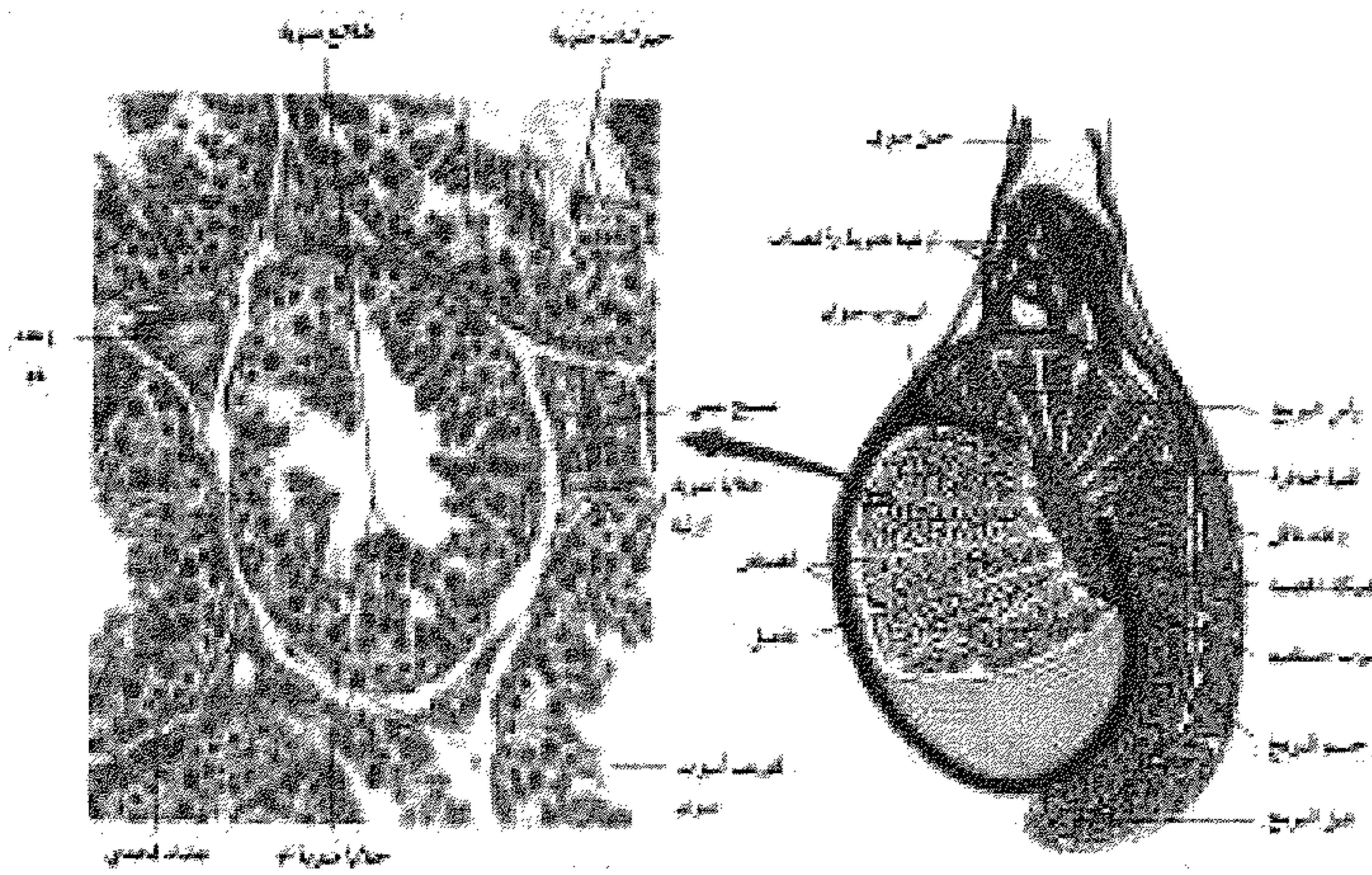
يؤدي هرمون الانسولين الى ارتفاع منسوب الجلوكوز بالدم الى اطلاق الانسولين من خلايا بيتا Beta cells في جزر لانجرهانس. ويؤثر على جميع خلايا الجسم بحيث يزيد من قدرتها على نقل الجلوكوز من خلايا أغشيتها. وبعد ذلك يتأكسد الجلوكوز ليتحول الى طاقة. او يخزن على شكل جلايكوجين. وبينما تعمل عدد من الهرمونات (خاصة هرموني جلوكاجون وابينفرين) على زيادة منسوب الجلوكوز في الدم فان الانسولين يخفض من مستوى الجلوكوز في الدم وبدون هذا الهرمون يرتفع منسوب الجلوكوز في الدم من 80 – 120 ملغ/ مل الى 600 ملغ/ مل. فيظهر الجلوكوز في البول نتيجة عدم تمكن انابيب الكلية من اعادة امتصاصه بالسرعة المناسبة. فيخرج الجلوكوز من الجسم ومعه الماء الذي يؤدي الى الجفاف وظهور مرض السكري Diabetes mellitus.

2 - هرمون الجلوكاجون:

يتراوح وزنها بين 80 - 90. جم. ولها إفراز خارجي - أنزيمات تساعد في عملية الهضم. كما ان لها إفراز داخلي - الأنسولين ووظيفته ضبط مستوى السكر في الدم. ويعتمد الجهاز العصبي، خاصة المخ في وقوده وغذائه على نسبة السكر في الدم (الجلوكوز)

ز - الغدد الجنسية : The Gonads:

هل تعلم انه بدون افراز الهرمون الجنسي الذكري (التسترون) بعد حوالي ستة اسابيع من تلقيح البويضة فاننا جميعا سنولد اناث. ينتج التسترون بواسطة الخصيتين بعد عدة اسابيع



من تلقيح البويضة انه يحفز الاختلاف في الاضطرابات الجنسية الذكرية مثل الوالادة وهو يعزز نمو العضلات والعضلات والعظام خلال سن البلوغ. وايضا تطور السمات الجنسية الاولية والثانوية وتتعلق السمات الجنسية الاولية مباشرة في عملية التوالد مثل طول العضو الذكري وقدرة الخصيتين على انتاج السائل المنوي. اما الخصائص الجنسية الثانوية مثل نمو اللحية او عمق الصوت اي التي تميز بين الجنسين. ولكن لا تتعلق مباشرة في عملية التوالد.

يتأثر مستوى التسترون بعوامل كثيرة منها القلق والجهد وطول فترة النهار الى اخره. ولكن تبقى في مستويات مناسبة بواسطة الغدة النخامية والغدة ما تحت السرير البصري والخصيتين. ان انخفاض مستوى التسترون في الدم يوعز الى الغدة ما تحت السرير البصري لافرازه هرمونات تؤثر على الغدة النخامية حيث تفرز هرمون يحفز الخصيتين على افراز هرمون التسترون وبالمقابل فان ارتفاع نسبة هرمون التسترون في الدم يأمر الغدة ما تحت السرير البصري بعدم فرز هرموناتها وبالتالي يتوقف انتاج هرمون التسترون. وتنتج المبايض الاستروجين والبروجسترون. فالاستروجين هو الاسم العام لعدد من الهرمونات الانثوية والتي تعطي القدرة على الانجاب والتكاثر وتساهم في تطوير الخصائص الانثوية الثانوية عند سن البلوغ. والبروجسترون ايضا له عدة وظائف وهو يحفز نمو الاعضاء التناسلية الانثوية ويساعد على تثبيت الحمل. وكمثل التسترون فان هرموني الاستروجين والبروجسترون يتأثر مستواها بهرمونات الغدة النخامية والغدة ما تحت السرير البصري. وتمثل الغدد الجنسية المحرك الرئيسي للسلوك الجنسي وتؤثر في تشكيل العديد من ملامح الجسم أو السلوك المرتبط بالنواحي الجنسية. وتتكونان من المبيضين في حوض الأنثى والخصيتين في الصفن وراء قضيب الذكر، وتتميز بما يلي:

1 - الخصيتان لدى الذكور:

تفرز خلايا التكاثر، وتنظم الخصائص الجنسية الثانوية وتحافظ عليها: مثل: شعر الوجه، خشونة الجلد، زيادة النمو العضلي، نمو أعضاء التناسل. وتتسبب في

حدوث الاستثارة الجنسية والتنبيه، كما تتسبب في الإفراز الخارجي - الحيوانات المنوية – واهم إفرازاتها الداخلية التستسيترون Testosterone وهو هرمون الذكورة.

2 - المبيضان لدى الأنثى:

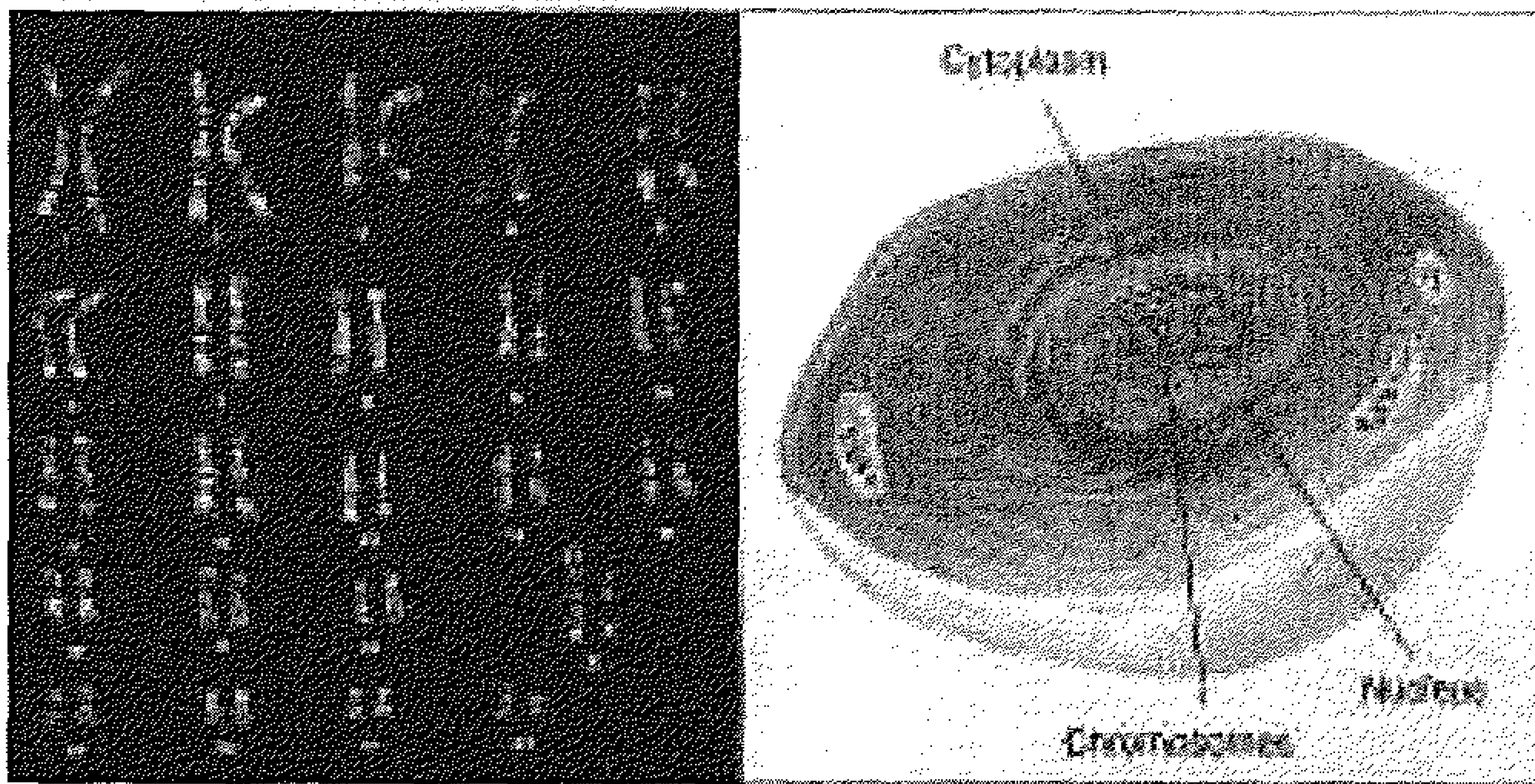
تفرز خلايا التكاثر، وتنظم نمو الخصائص الجنسية الثانوية، تهيئ الظروف العضوية الضرورية للحمل، وإفرازها الخارجي – البويضات. اما وإفرازها الداخلي – فهو هرمون الأيستروجين، وهرمون أنثوي أساسي له أثره في ظهور الخصائص الجنسية الثانوية وهرمون البروجسترون وهرمون الحمل.

3 - الهرمونات التي تنظم الدورة الشهرية Hormonal regulation of the menstrual cycle:

بينما تبقى مستويات هرمون التسترون ثابتة الى حد ما فان مستوى الاستروجين والبروجسترون يتغير بشكل ملحوظ وينظم الدورة الشهرية. بعد عملية الحيض وهي انسلاخ البطانة الداخلية للرحم بازدياد مستوى الاستروجين ويؤدي الى نشوء بويضة ونمو الطبقة الداخلية للرحم.

تنطلق البويضة من المبيض عندما يصل مستوى الاستروجين الى اعلى مستوى في الدم ثم تبدأ الطبقة الداخلية من الرحم تزداد سماكة كرد على افراز البروجسترون وتكون قادرة على دعم الجنين اذا حدث تلقيح واذا لم يحدث تلقيح للبويضة فان مستويات الاستروجين والبروجسترون تنخفض بسرعة مطلقة عملية الحيض.

3: 3 الوراثة Heredity :



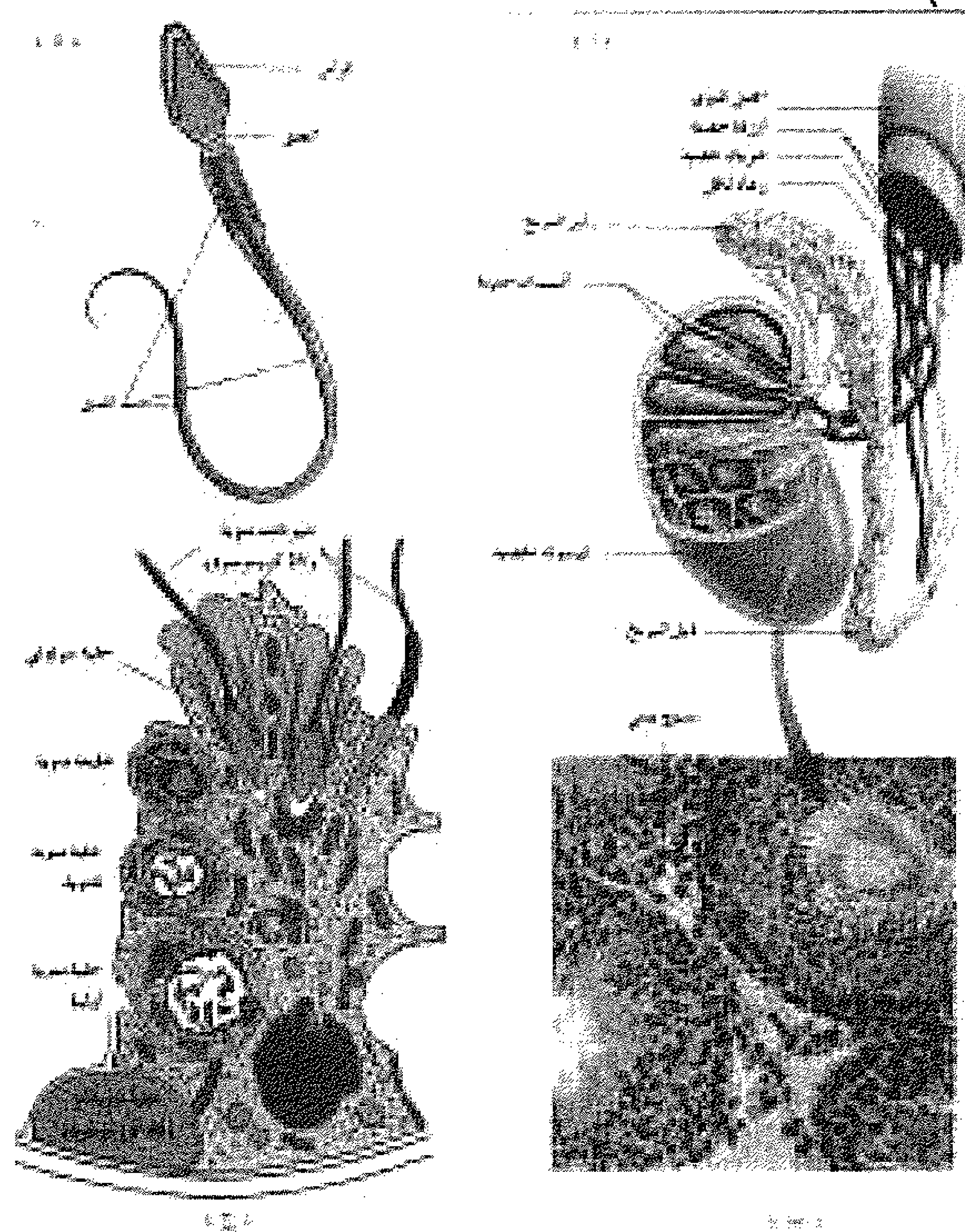
ان حياة الإنسان تبدأ عند بداية الحمل وذلك حينما يتحد واحد من حوالي 360 مليون حيوان منوي من الأب مع بويضة من الأم مكونين خلية واحدة ملقحة تسمى الزيجوت أو اللاقحة (النطفة). وتكون البويضة والحيوان المنوي بواسطة خلايا تكاثر تعرف بالخلية الجرثومية. (Papalia & Olds، 2006).

3: 3: 1 التكوين الأساسي للخلية:

الجسم الإنساني هو في جوهره بناء خلوي. وتؤلف الخلايا بدورها الأنسجة ثم الأعضاء. ويبلغ عدد الخلايا في جسم الإنسان حوالي 15 تريليون عند الولادة (التريليون

Trillion هو رقم مؤلف من واحد والى يمينه 12 صفرا). تنتج من انقسام خلية واحدة هي الخلية الأصلية المخصبة (النطفة) التي تبدأ بها حياة الإنسان.

ان كل خلية من خلايا الجسم سواء أكانت من خلايا العظام أم العضلات أم الجهاز العصبي أم غيرها لها نواة Nucleus عبارة عن كتلة داكنة اللون تحتوي على الكروموسومات أو الصبغيات Chromosomes وهي أبنية بيولوجية على هيئة شريط أو خيط. وتسمى الوحدات الوظيفية التي تؤلف الصبغيات (الكروموسومات) الجينات أو المورثات Genes وهذه المورثات مسؤولة عن تكوين بروتين الجسم الذي يؤثر في نشاط الخلية. بالإضافة إلى أنها هي المسؤولة عن توجيه التغيرات التي تطرأ على الجسم ونموه. (Owens, 2002).

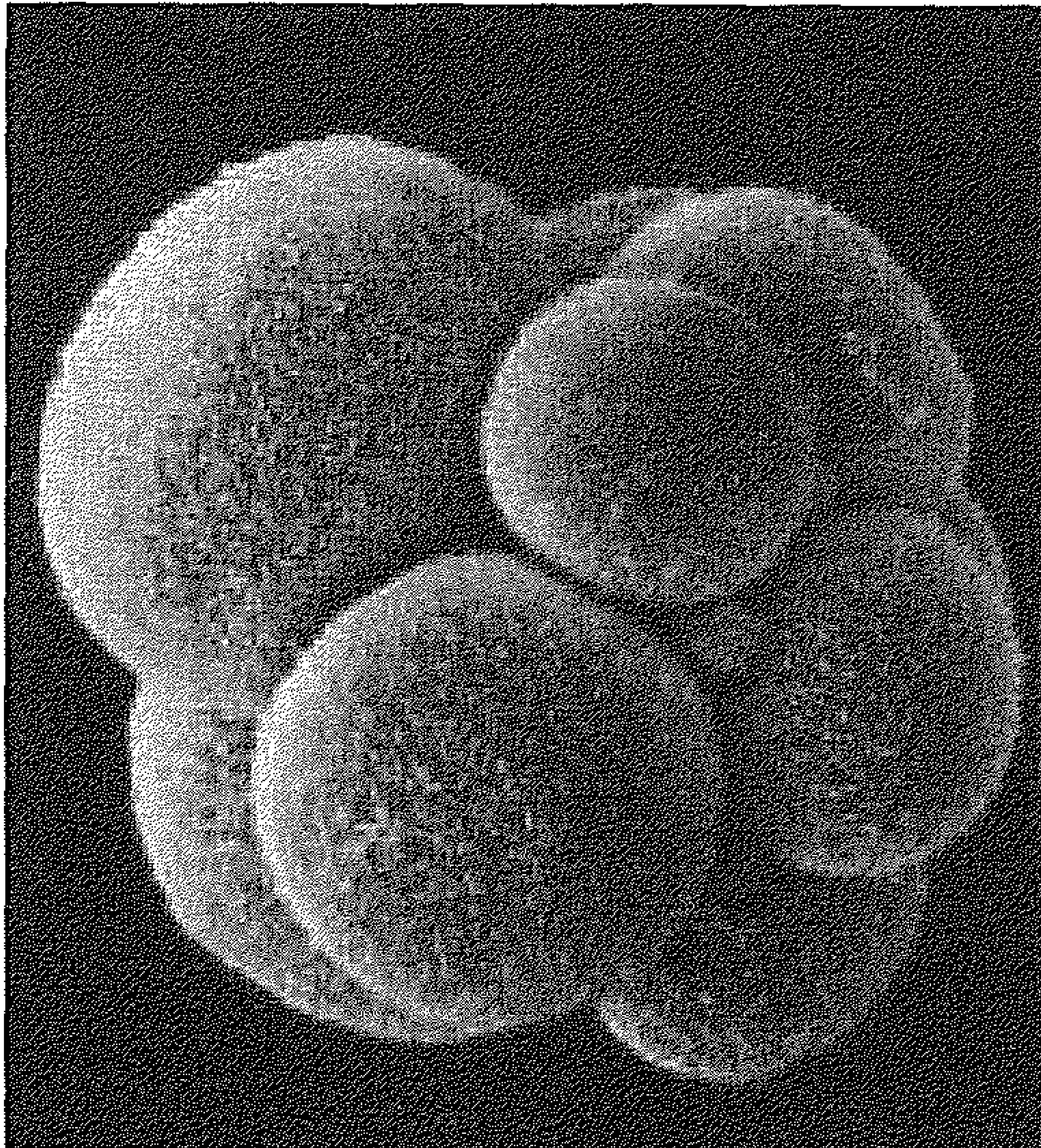


تحتوي كل خلية من خلايا الإنسان على ستة وأربعين كرموسوم. ويتلقى كل من البويضة والحيوان المنوي من الخلايا الجرثومية نصف العدد الكلي فقط للكروموسومات. أي ثلاث وعشرون كروموسوما. وبالتالي، فانه عندما يتحدان فان الزيجوت يحتوي على العدد الكامل أي ست واربعون.وترتب الكروموسومات الست وأربعون الموروثة من الأم والأب في ثلاث وعشرين زوجا ويأتي كروموسوم واحد من كل زوج من الأب في حين يأتي الآخر من الأم. كل زوج له حجم وشكل مميز. وتتشابه أزواج الكروموسومات الاثنين والعشرين الأول تقريبا. أما الزوج الثالث والعشرون وهو الذي لا يتشابه دائما فانه يحدد جنس المولود.

يتكون كل كروموسوم من حوالي (3000) جزيء من سكر الكربون لكل منها أساس بروتيني. وبعد الاتحاد (عملية الاخصاب) تصبح الخلية المخصبة تحمل 46 كروموسوم. وكل كروموسوم يحمل أكثر من 50000 جين وتتقابل الجينات الذكرية والانثوية مع بعضها البعض بحيث يؤدي كل زوج منها وظيفة واحدة بالنسبة للكائن الحي (Berk, 2002). وتوجد أربعة أنواع من هذه الأسس البروتينية تؤلف الجزيئات الفرعية لهذه المادة. وتتشكل هذه العناصر على هيئة سلالم لولبية حلزونية مزدوجة يبلغ

عددها بضع مئات من المورث الواحد. وتصنف الأسس الأربعة التي يتكون منه DNA الى فئتين: اثنان منها أكبر حجما من نوع البيورين Purina (وهي مركبات بيضاء متبلورة) يسميان الأدنين Adenine والجوانين Guanine والآخران أصغر حجما من نوع البيريميدين Pyridine ويعرفان بالثيمين Thiamin والسيتوزين Cytosine. ويمسك اثنان من هذه الجزيئات الفرعية. أحدهما من المجموعة الكبرى- والآخر من المجموعة الصغرى. معا جزيئين من جزئيات السكر. ويقع الآخر عند الحافة الأخرى. بحيث تؤلف الأسس البروتينية الأربعة درجات هذا السلم.

يعتبر الجين الوحدة الأساسية للوراثة. وتتكون الجينات من مادة كيميائية معقدة وهي الحمض النووي المعروف باسم Deoxyribonucleic acid أو (DNA) ويقدر حجم جزيء DNA بسمك لا يتجاوز 20 وحدة انجستروم وله بناؤه الأساسي بالإضافة إلى عدد من الجزيئات الفرعية. وتتحكم في إنتاج المواد الكيميائية التي تسمى البروتينات. وتكون البروتينات البنائية الدم، نسيج العضلات، الأعضاء والأنسجة الجسدية الأخرى. وهناك نوع آخر من البروتين وهو الأنزيمات. وتتحكم في التفاعلات الفيزيقية – الكيميائية داخل الجسم. ويزداد عدد الخلايا في الجسم الإنساني عن طريق الانقسام الفتيلي Mitosis وفيه يحدث أولا أن يزداد عدد أزواج الصبغيات في الخلية الواحدة إلى الضعف. وينتج عن ذلك ان تنقسم هذه الخلية إلى خليتين يستقل كل منها بمجموعة كاملة من أزواج الصبغيات. ولهذا يطلق على هذا النوع الانقسام غير المباشر. (وهو يختلف عن انقسام النطفة أو الخلية التناسلية الذي يحدث بطريقة مختلفة ويسمى الانقسام النصفي).



يرث كل واحد منا العديد من الخصائص النوعية ولكل خاصية أو وظيفة جينات خاصة. وتكون لهذه الجينات أماكن محددة على الكروموسومات تسمى مواضع وحينما تتحد البويضة والحيوان المنوي فان الزيجوت يتسلم من كل من الأبوين جينا واحدا لكل موضع على الكروموسوم. ويقال ان الجينات التي توجد على الكروموسومات الجنسية (الزوج الثالث والعشرون) مرتبطة بالجنس حيث أنها تنتقل بطريقة مختلفة إلى كل من الذكور والإناث. **والسؤال الآن هو:**

كيف تنتقل الخصائص الوراثية الى عظام الجنين وعضلاته وأحشائه وجهازه العصبي؟

يمر الجنين بمراحل نمو متتابعة حيث تفرز الأنثى البالغة الصحيحة جسميا من المبيضين في قناة فالوب بويضة تامة النضج كل 28 يوم (كل أربعة أسابيع) على وجه التقريب. فإذا اتصلت بالحيوانات المنوية التي تفرزها خصيتا الرجل أثناء الاتصال الجنسي. ونجح أحد هذه الحيوانات المنوية من أصل 240 – 250 مليون حيوان منوي يقذفها الرجل في المرة الواحدة (شكل رقم:) في اختراق جدار خلية البويضة القادمة من أحد المبيضين عبر قناة فالوب في طريقها الى الرحم مدفوعة بحركة الأهداب وتقلص عضلات القناة (شكل رقم:) خلال ثلاثة أيام من الجماع يحدث الحمل. وكل من البويضة (الأنثوية) والحيوان المنوي (الذكر) من نوع الخلايا. إلا أنها خلايا من نوع خاص. تختلف من حيث البنية وطريقة الانقسام عن الخلايا العادية. ومن اجل ذلك فقد أطلق عليها العلماء اسم الخلايا التناسلية أو الخلايا الجرثومية Gamete. وورد اسمها في القرآن الكريم (النطفة) بقوله تعالى: **" أولم ير الإنسان أنا خلقناه من نطفة فإذا هو خصيم مبين." (سورة يسن، الآية: 77).**

تنشأ النطفة عند كل من الذكر والأنثى من الخلية الأولى التي تبدأ منها حياة الانسان. والتي تكون مؤلفة (كأي خلية عادية) من 46 صبغية (23 زوجا من الصبغيات) ولكنها تنتج بطريقة الانقسام النصفي Meiosis. حيث يتم بها انقسامان متتابعان في الخلية. وتتكرر عملية الانقسام هذه تبعا لمتوالية هندسية (2، 4، 8، 16.... وهكذا) بحيث يوجد لدى الانسان الراشد حوالي 26 بليون خلية. وبها يتم اختزال عدد الصبغيات من ثنائية الصبغيات (أزواج) إلى أحادية الصبغيات (صبغيات منفردة). وهذا يعني ان كل زوج من الصبغيات في الخلية الأصلية ينفصل. فيتوجه كل صبغي من الصبغين إلى إحدى الخليتين الجديدتين. وينتج عن ذلك أن تتألف كل خلية من 23 صبغية فردية فقط. وهذا هو التكوين الأساسي للنطفة. سواء كانت ذكرية (حيوان منوي) أو أنثوية (بويضة). إضافة إلى ذلك، فانه قبل انفصال الصبغيات وتوزيعها على الخلايا الجديدة يحدث الكثير من العمليات الوراثية من أبرزها: (Owens, 2002).

- **التبادل Exchange**: في جزيئات حامض DNA مما يؤدي الى حدوث شفرة وراثية جديدة. وتكون نمط وراثي جديد داخل النطفة يكون خليطا من الإسهام الوراثي لكل من الوالدين. كما انه لا يتطابق تماما مع ما لدى أي منهما.
- **التقاطع Cross over:** وفيه تحل مورثات أحد ثنائي الصبغي محل مورثات الثنائي الآخر. وتسمى هذه الحالة أحيانا العبور.
- **القفز Jumping:** وفيه تتحرك المورثات من موضع إلى آخر داخل الصبغيات وتؤدي إلى تعديل آثار مورثات أخرى.
- **الطفر Mutation:** وفيه تمر المورثات بتغيرات تلقائية تنتقل من جيل إلى آخر بعد ذلك.

يسمي علماء الأجنة والوراثة الخلية المخصبة Zygote أي الزيجوت أو اللاقحة. والأصح استخدام التعبير القرآني الكريم (النطفة الأمشاج).

بقوله تعالى: **"أنا خلقنا الإنسان من نطفة أمشاج نبتليه فجعلناه سميعا بصيرا" (سورة الإنسان، الآية: 2)**

والنطفة الأمشاج (البويضة المخصبة أو الزيجوت أو اللاقحة) لا يزيد طولها عن 1/ 10 من المليمتر. ولا يزيد وزنها عن جزء من المليون من الجرام. ويحيط بها الماء كما يكون الماء الجزء الأكبر منها. ومن هنا كانت تسميتها في القرآن الكريم بالماء المهين. بقوله تعالى: **" ألم نخلقكم من ماء مهين، فجعلناه في قرار مكين." (سورة المرسلات، الآيتان: 20، 21)**. ويمتد هذا الطور من اللحظة الأولى للحمل وحتى اليوم السادس أو السابع من بدايته. وخلال الأيام الثلاثة الأولى من الحمل تصبح النطفة الامشاج مؤلفة من 16 خلية. وتأخذ عندئذ شكل ثمرة التوت. ولذلك يطلق علماء الأجنة على هذا الطور "طور التوتة Morula " وطوال الفترة السابقة تتحرك النطفة الأمشاج متنقلة من قناة فالوب في المبيض متجهة نحو الرحم. تدفعها الشعيرات الدقيقة Cilia الموجودة بقناة فالوب حتى تصل الى الرحم بالفعل. وخلال هذه الفترة يكمل باطن الرحم استعداده لاستقبال النطفة الأمشاج. وذلك بزيادة عدد الأوعية الدموية والنظم الغددية في جدار الرحم حتى يصبح أملس على نحو يسمح ببقاء النطفة والتصاقها بجداره. بحيث تتلقى غذاءها منه. وإذا لم يتم الرحم استعداداته لاستقبال النطفة الأمشاج فإنها تسقط مع أول دورة شهرية (حيض) الأم. وعندما تدخل النطفة الأمشاج (أو التوتة) الرحم. فانه يطرأ على شكلها تغير جوهري وذلك بسبب دخول السائل الموجود في تجويف الرحم الى النطفة الأمشاج. فتبدأ بالتجويف. وفي اليوم الخامس من الحمل تتحول النطفة الأمشاج الى ما يسمى بالكرة الجرثومية Blastula بحيث تصبح النطفة الأمشاج كالكرة من حيث الشكل الخارجي والفراغ الداخلي الذي يملؤه جزء من السائل الدقيق في التجويف الرحمي.

وحين تلتصق العلقة بجدار الرحم تبدأ عملية التغذية وهو ما لم يكن موجودا في الطور السابق. حيث كان تكاثر النطفة الأمشاج. وطوال فترة الأيام الستة الأولى من حياة الجنين عن طريق الانقسام. إلا أن طور العقلة لا يتجاوز قطره أجزاء من الميللمتر. ويمتد طور العلقة لمدة أسبوع. وبنهايته يكون الجنين قد بلغ من العمر 15 يوما تقريبا. وعندما تلتصق العقلة بجدار الرحم في اليوم السابع من الحمل تقريبا يمكن لها الاستمرار في الحياة. بسبب التغذية التي تأتيها من الرحم. وفي هذه الفترة الحرجة من الحمل يتم إفراز هرمون يمنع الأم من إفراز العادة الشهرية ويتوزع على جسم الأم كله ويظهر في البول. وبظهوره تكون علامة إيجابية على الحمل في الاختبارات التي يجريها الأطباء. وبالتالي، تهيئة الرحم الذي تلتصق به العلقة على نحو أفضل. بقي ان نشير هنا إلى أن الفقه الإسلامي قد حدد عدة المرأة بالفترة التي يمكن ان يحدث فيها الحمل مع وجود الحيض (الشهور الثلاثة الأولى للحمل وبعدها تنقطع العادة الشهرية تماما) (Berk, 2002).

ويبدأ طور المضغة في الاسبوع الثالث من الاخصاب بعد تعلق الكرة الجرثومية بالرحم حيث تتكون كتل داخلية من الخلايا نتيجة نشاط ما يسمى الشريط الأولى Primitive steak ويؤدي تمايز هذه الطبقات الى ظهورها الى ظهور ما

يسمى الكتل البدنية Semites التي تبدأ بالتكثف حول المحور ثم تنمو بسرعة على جانبيه. وتلامس الشق العصبي Neural groove وتبدأ هذه الكتل في الظهور من أعلى بعد انقضاء ثلاثة أسابيع تقريبا على الحمل. وتظهر منها أولا كتلتان: واحدة على كل جانب. ثم يتوالى ظهورها تباعا. ومع نهاية الشهر الأول من حياة الجنين تتمايز هذه الكتل إلى ثلاث طبقات هي:

- **الطبقة الخارجية Ectoderm:** والتي منها ينمو بعد ذلك الجلد وأعضاء الحس والجهاز العصبي.
- **الطبقة الداخلية Endoderm :** والتي منها تنمو فيما بعد الأجهزة الهضمية والتنفسية والغدية. (Berk, 2002).
- **الطبقة المتوسطة Mesoderm:** التي منها تنمو فيما بعد الأجهزة الدورية والإخراجية والعضلية.

يبدأ طور المضغة من أوائل الأسبوع الثالث من حياة الجنين ويمتد حتى نهاية الأسبوع السادس من عمره. تظهر خلالها الكتل البدنية. والتي يبلغ عددها من 42 - 45 زوجا. لتعطي للجنين شكل اللحم الممضوغ. وتنمو المضغة من كتل كبيرة من الخلايا خلال فترة قصيرة لا تتجاوز ستة أسابيع إلى طفل مصغر. ويتكون في الطبقة الخارجية أربعة أغشية تهيئ للمضغة النمو. وأحد هذه الأغشية هو الكيس الأميني Amniotic sac وهو عبارة عن كيس ماء (سائل ملحي يحيط بالمضغة) محكم يحيط بالمضغة ويمتلئ بالسوائل التي تصل إليه من أنسجة الأم. ووظيفته حماية المضغة النامية من الإصابة. ومن آثار الجاذبية. والمحافظة على درجة حرارة دافئة ثابتة يقوم بإحداثها جسم الأم. وتهيئة بيئة عديمة الوزن تسهل حركة الكائن النامي وتساعده على تدريب أجزاء الجسم النامي. ويطفو بجانب المضغة الصغيرة كيس ممتلئ بصفار البويضة على شكل بالونة ينتج خلايا دموية للمضغة. ويظل يعمل حتى تستطيع المضغة إنتاج خلاياها الدموية. كما يتصل هذا الكيس بغشاء ثالث هو المشيمة Chorine التي تحيط بكل من الغشاء الأميني والمضغة. وأحد جوانب كيس المشيمة مغطى بأبنية أشبه بالجذور أو الزغب تقوم بعملية دمع الغذاء للكائن من أنسجة الرحم. وهذه المنطقة تتحول بالتدريج إلى باطن المشيمة. أما الغشاء الرابع فيسمى Allantoisis ويؤلف الحبل السري والأوعية الدموية في المشيمة. (Berk, 2002).

وخلال مرحلة المضغة يحدث النمو بمعدل فائق السرعة. فبعد أسبوعين من الإخصاب يتحول جزء من طبقة المضغة الخارجية إلى أنبوب عصبي سرعان ما يصبح الرأس والمخ والنخاع الشوكي. ومع نهاية الأسبوع الثالث يتكون قلب بدائي وأوعية دموية. وفي الأسبوع الرابع يبدأ القلب في النبض دافعا الدم خلال الشرايين والأوردة الصغيرة في المضغة. وتتشكل العينان والأذنان والأنف والفم. وفي الأسبوع الخامس تنشأ فجأة براعم صغيرة تتحول إلى الذراعين والساقين ثم تنمو في الاتجاه من الوسط الى الأطراف (من الداخل إلى الخارج) ويتبع ذلك نمو السيقان بعد عدة أيام. وبعد شهر من الإخصاب لا يزيد طول المضغة عن ربع بوصة ولكن حجمها يزيد على حجم

اللاقحة أو النطفة الأمشاج التي تطورت بمقدار عشرة آلاف مرة. ولن يتعرض الإنسان في حياته بعد ذلك لأي معدل في النمو أو يتغير بمعدل من السرعة يصل إلى هذه الدرجة بحال من الأحوال

وبعد أن تتكون المضغة تتكثف الطبقة المتوسطة التي بجانب المحور على هيئة كتل بدنية. وتنقسم هذه الكتل في الطبقة المتوسطة إلى قسمين هما:

أولا: القسم الأوسط الداخلي Venture medial:

والذي يتحول قرب نهاية طور المضغة إلى النسيج العظمي أو الهيكلي. ولذلك، تعرف الكتل البدنية في هذا القسم باسم القطاع الهيكلي Selerotome وتتميز هذه الخلايا بقدرتها على التشكيل. حيث تتكون منها الخلايا المكونة للألياف Fibroblasts والخلايا المكونة للغضاريف Chondroblasts والخلايا المكونة للعظام Osteoblasts وتنمو هذه الخلايا من الجانبين أمام القناة العصبية. وبذلك تتكون هذه الكتل من مؤخرة الرأس حتى تلتحم أربع كتل بدنية معا مكونة جزءا من قاع الجمجمة ثم تأتي بعدها ثماني فقرات عنقية. تليها اثنتا عشرة فقرة صدرية ثم خمس فقرات قطنية. وخمس أخرى عجزية. وبعدها ثماني إلى عشرة فقرات عصعصية يتلاشى معظمها مع عظم العصعص. وتبدأ هذه التحولات في الأسبوع الخامس والسادس من عمر الجنين. ثم تزداد ظهورا بعد ذلك. ولذلك فانه يمكن تسمية هذا القسم من الكتل البدنية القسم العظمي.

ثانيا: القسم الجانبي الخارجي Denso lateral :

وهو قسم يمكن ان نسميه القسم العضلي أو اللحمي. وهذه الكتلة البدنية من الخلايا تظهر بعد تكوين الفقرات الأولية وتمايزها إلى طبقتين: طبقة تكون الأدمة (باطن الجلد الواقع تحت البشرة). وما تحت الأدمة. وطبقة تكون عضلات الهيكل My tome وتظهر هذه العضلات لتكسر عظام الجنين بعد انقضاء الأسبوع السابع أو الثامن من الحمل. بينما تظهر العظام الأولية بعد انقضاء الأسبوع السادس أو السابع. حيث يتشكل في الأسبوع السابع غضروف الأذن على نحو افضل ويصبح للمضغة شكل عظمي غضروفي.

وبعد أن تكون المضغة قد اكتمل نموها وتحولت الى كتلة منتفخة لها الشكل الإنساني (أي الجنين) بسبب تكون العظام وكسوتها بالعضلات تدخل طورا جديدا في حياة الإنسان هو طور التسوية. ويبدأ طور التسوية في بداية الشهر الرابع من حياة الجنين ويمتد حتى الولادة. فمع بداية الشهر الثالث يظهر جنس الجنين. حيث يبدأ النمو الجنسي مع غدة جنسية محايدة عند الجنين في الأسبوعين السابع والثامن. فإذا كان الجنين ذكرا يحدث أحد جينات الكروموسوم (ص) فيه رد فعل كيميائي حيوي يوجه الغدة المحايدة مثل هذه التعليمات وتنتج المبيضين. ومع نضج الخصيتين خلال الأسبوعين التاسع والعاشر تفرزان الهرمون الجنسي للذكور والذي يستثير نمو الجهاز التناسلي الذكري. وبالمثل ينمو لدى الجنين الأنثى جهاز تناسلي أنثوي. ومع نهاية الشهر الثالث يكون الجنين قادرا على القيام ببعض الأنشطة الطريفة في بيئته داخل الرحم. فيحرك ذراعيه. ويخبط بساقيه ويحرك جسمه كما يقوم ببعض الحركات البهلوانية. على الرغم من ان هذه الحركات قد لا تتنبه لها

الأم في هذه المرحلة. ويتكون لدى الجنين في هذه المرحلة جفنان واحبال صوتية وشفتان وانف بارز. وتعمل بعض الأعضاء بحيث تسمح للجنين بالبلع والهضم والتبول. وتنشأ في الجهاز التناسلي للذكور خلايا غير ناضجة للحيوانات المنوية وللإناث خلايا للبويضات. وكل هذه التفاصيل تظهر بعد 12 أسبوع من الإخصاب. بالرغم من ان طول الجنين في هذه الفترة لا يتجاوز ثلاث بوصات (7,5 سم) ووزنه يتراوح بين: 0,5 و 0,75 أوقية (أي بين: 15 و 23 غراما).

ويشهد الجنين في الفترة ما بين الأشهر الرابع الى السادس فترة نمو سريع. فخلال الشهر الرابع (16 أسبوعا) تظهر أظافر أصابع اليد والقدم. وتنمو العضلات بسرعة. ويكون طول الجنين من: 8 - 10 بوصات (20 - 25 سم) ووزنه يصل الى 6 أوقيات (180 غراما) ونشاطه الحركي يشمل أنشطة أكثر دقة مثل مص الأصابع. وحركات أكثر عنفا مثل الرفس الذي تشعر به الأم. ويمكن لدقات قلبه ان تسمع بسماعة الطبيب. كما يمكن التعرف على صلابة الهيكل العظمي بأشعة اكس أو الأشعة فوق الصوتية. وتبدأ في هذه المرحلة استجابات الجنين البصرية والسمعية. فإذا اسقط ضوء مباشر على بطن الأم في هذه الفترة فانه قد يؤدي الى حركة الجنين في الرحم.

وفي الفترة ما بين الشهر الخامس والسادس تزداد الأظافر صلابة والجلد سمكا وتظهر فجأة الحواجب والرموش وشعر الرأس. ومع بداية الأسبوع العشرين من عمر الجنين تنشط الغدة الدرقية. وتزداد دقات القلب قوة بحيث يمكن سماعها بوضع الأذن على بطن الأم. ويصل طول الجنين حينئذ إلى 12 بوصة ويزن ما بين 12 و 16 أوقية. وبنهاية الأسبوع الرابع والعشرين يمكن للجنين ان يفتح ويغلق جفنيه بإرادته على الرغم من انه لا يستطيع ان يرى شيئا في ظلمة الرحم ويستطيع الجنين ان يسمع. فالأصوات العالية تزيد من نشاطه الحركي. بينما الأصوات الداخلية مثل دقات قلب الأم يكون لها تأثير مهدئ.

وخلال الفترة من الأسبوع الرابع والعشرين والثامن والعشرين من الإخصاب يكون مخ الجنين وجهازه التنفسي قد نضجا إلى الحد الذي يجعل الحياة خارج الرحم ممكنة بشرط الا يقل وزنه عن 1500 غرام. فان قل وزنه عن ذلك. (وهذا يحدث في كثير من الحالات) فان الطفل عادة لا يعيش حتى ولو تهيأت له افضل خدمة طبية ممكنة.

وتشهد الفترة من الشهر السابع وحتى الشهر التاسع فترة نمو سريع من حياة الجنين بحيث يصبح وزنه 4 أرطال (أقل من 2 كيلو غرام) وطوله ما بين: 16 - 17 بوصة (41 سم تقريبا) وفي هذه الفترة يبدأ الجنين في البحث عن مصادر الضوء وهو لا يزال داخل الرحم وذلك بتوجيه رأسه وفتح عينيه مع اختلاف موضعه بالنسبة لجدار بطن الأم كما تزداد الحواس الأخرى فعالية ومنها حاسة اللمس. على نحو يؤدي إلى إمكانية التوصل بين الوالدين والجنين من خلال ملامسة بطن الأم. وبعد شهر ينمو طوله إلى 18 بوصة (حوالي 45 سم) ويزداد وزنه إلى ما بين : 5 - 6,5 رطلا (أي ما بين : 2,7 - 3,4 كيلو غراما) ومعظم الزيادة في الوزن تكون ناتجة عن الدهون المختزنة تحت الجلد. وعند الميلاد تحمي هذه الطبقة الدهنية الطفل من تقلبات درجة الحرارة. وفي هذه الفترة يستطيع الجنين

التمييز بين الأصوات كما يتمثل ذلك في زيادة حركة الجنين كمؤشر على الانتباه. وعند بلوغ الجنين شهره التاسع فان طوله يصل إلى حوالي 20 بوصة (50 سم) ووزنه حوالي 7 أرطال (2,6 كيلو غرام) ويصبح الجنين مستعدا للخروج من بيئة الرحم إلى بيئة العالم الخارجي الواسع.(Papalia & Olds, 2006)

3: 4: المحددات البيئية للسلوك:

عزيزي الدارس: انك لا تحدث السلوك نتيجة عوامل وراثية أو بيولوجية فحسب. ولكن قد يأخذ السلوك المحدث بالنسبة لنا شكله ومضمونه ومستواه في ضوء ما تتعرض اليه من عوامل استثارة بيئية ثقافية. ووفقا لدرجة تمثلك لها. فما قد تتمتع به من استعدادات طبيعية وراثية يمثل امكانات كامنة يمكن ان تظهر في واقع حياة الفرد اذا توافرت المنبهات الثقافية الملائمة. ويمكن ان تختفي اذا لم تكن شروط البيئة الثقافية مواتية. وما قد يتحقق منها في واقع شخصية الفرد قد يكون أقل بكثير من امكاناته الأصلية. وما قد يتعرض له الفرد من عوامل استثارة بيئية تشكل محتوى السلوك ومضمونه ومستواه.

3: 4: 1 البيئة الجغرافية: (البعد المكاني):

هناك عوامل جغرافية تؤثر في النشاط النفسي للفرد سواء كانت هذه العوامل موقعا جغرافيا في الداخل او على الساحل، أو تضاريسا طبيعية: كالسهول والجبال والصحاري، أو مناخا: كشدة الحرارة، والبرودة، أو اعتدال المناخ. وقد تتضمن البيئة الجغرافية أيضا ما يتوافر في بيئة الفرد من ثروات طبيعية مادية متاحة: كالمعادن، والبترول، والمراعي، وغير ذلك. وكل هذه العوامل تؤثر بدرجة كبيرة في تشكيل سلوك الفرد وبناء شخصيته. وتحدد نشاطه، وظروف العمل المتاحة له Marx)، (1998.

3: 4: 2 البيئة التاريخية: (البعد الزماني):

النشاط النفسي للفرد يمثل ظاهرة تاريخية محكومة بظروف العصر الذي يعيشه. ولا شك، أن مستويات بناء الشخصية الانسانية وتفتها، وخصائص النشاط النفسي للفرد تختلف باختلاف الحقبة التاريخية التي يعيشها. بل وتختلف أيضا تبعا لاختلاف نمط الحضارة، والقوانين التي تحكم أيضا مجتمعاتها. وتكون الأجيال الحاضرة من بني البشر تختلف بالتأكيد عن تلك الأجيال التي سبقتها بحكم تراكم وتطور الحضارة الانسانية وما تحرزه من منجزات.

3: 4: 3 البيئة الاجتماعية:

يؤثر نموذج الحياة الاجتماعية وأشكال العلاقات بين الأفراد، وما يشيع بينهم من عادات وتقاليد وقيم. وما يعيشونه من نظم تنسق هذه العلاقات وتشكل بالتالي،

الخصائص العامة لشخصية كل واحد منهم. كما تفرض البيئة الاجتماعية على الفرد اتجاهات سلبية أو ايجابية ضد شخص آخر بسبب اللون أو الجنس أو الدين، أو الطبقة الاجتماعية.

ان المجتمع المريض الذي يحول دون اشباع الفرد لحاجاته، ويزيد من حالات الحرمان والاحباط والصراع وعدم الأمن، والحقد والكراهية والغيرة والخبرات المؤلمة وتصارع الأدوار التي يقوم بها الفرد. والتنافس الشديد بين أفراد المجتمع الواحد. وعدم المساواة، والاضطهاد والاستغلال، ونقص التفاعل الاجتماعي، والاتجاهات الاجتماعية السلبية، والتعصب، والهزات، والكوارث، وصعوبة الحصول على ضروريات الحياة. وتدهور النظام القيمي للمجتمع والكوارث الاجتماعية العنيفة. والحروب، وضعف القيم والمعايير الدينية. كل ذلك، وعوامل أخرى عديدة يصعب حصرها. تزيد من حالات الضغط والاضطراب النفسي للفرد.

3: 4: 4 البيئة الثقافية:

الثقافة هي المجموع الكلي لطرق العمل والتفكير، المرتبط بالماضي والحاضر والمستقبل، لجماعة اجتماعية، أما الطفل فتمثل الثقافة بالنسبة له الوراثة الاجتماعية التي ينسب عليها وينشأ فيها(منصور وآخرون، 1984). ويتضمن مفهوم الثقافة أسلوب أو خطة حياة، تنتقل من جيل الى جيل وتؤلف نظاما من التوقعات والنماذج السلوكية لما يقوم به الفرد أو يتجنبه ويحجم عنه. وتسعى الثقافة أيضا الى تكوين عادات معينة. وأساليب تفكير لدى افرادها، بحيث أن انتظام شخصية الفرد في اطار مجموعة من العادات والاتجاهات والقيم مشروط بالنموذج الثقافي القائم.

ان الثقافة المريضة التي تسود فيها عوامل الهدم تولد الاحباط والتعقيد الثقافي وعدم التوافق بين الفرد وثقافته التي يعيش فيها. وعدم تطابق شخصية الفرد مع النمط الثقافي السائد، وعدم تطابق سلوكه مع الأوضاع الثقافية المتغيرة، وعدم امكان الفرد مجاراة المستوى الثقافي السائد والاتجاهات الجديدة تؤثر بشكل سلبي أو ايجابي على النشاط النفسي للفرد.

3: 4: 5 التنشئة الاجتماعية:

عملية التنشئة الاجتماعية عملية تعلم وتعليم وتربية، تؤدي بالضرورة الى تشكيل السلوك الاجتماعي للفرد وبناء شخصيته. وهي بالاضافة الى عمليات التطبيع والاندماج الاجتماعي تشكل جميعها مصادر احباط وضغط واضطراب نفسي للفرد. والتنشئة الاجتماعية غير السوية تزيد من احتمالات حدوث التوتر والاضطراب النفسي للفرد.

أولا: الأدوار في الأسرة:

تعتبر الأسرة أهم عوامل التنشئة الاجتماعية. وهي الممثلة الأولى للثقافة وأقوى الجماعات تأثيرا في سلوك الفرد. وهي التي تسهم بالقدر الأكبر في الإشراف على النمو الاجتماعي للطفل وتكوين شخصيته وتوجيه سلوكه.

وللأسرة وظيفة اجتماعية ونفسية هامة. فهي المدرسة الاجتماعية الأولى للطفل وهي العامل الأول في صبغ الطفل بصبغة اجتماعية. تتمثل في الآتي:

- المجتمع الواحد يوجد فيه فروق في التنشئة الاجتماعية بين طبقة وطبقة وبين أسرة وأسرة والطبقة الاجتماعية الدنيا أكثر تسامحا في عملية التنشئة الاجتماعية.
- نظام التغذية الذي تتبعه الأم مع الطفل في مرحلة الرضاعة يؤثر في حركة ونشاط الطفل. ويجب إتاحة الفرصة الكافية للامتصاص في فترة الرضاعة وتنظيم مواعيد الرضاعة وعدم القسوة في الفطام. والفطام المتدرج والفطام في الوقت المناسب.
- أسلوب ضبط عملية الإخراج في الطفولة يرتبط في الطفولة بالبخل والحرص والترتيب والنظام في الكبر ويجب اعتدال الوالدين في التدريب على الاخراج.
- كلما كانت عملية التنشئة الاجتماعية للطفل سليمة وكلما قل نبذ الوالدين له. وكلما كانت اتجاهاتهم متعاطفة. وكلما قل الإحباط في المنزل قل ا لدافع إلى العدوان عند الطفل وللتنشئة الاجتماعية أثر في الميل الى العدوان وضبطه عند الأفراد.
- الحماية الزائدة من جانب الوالدين لأطفالهم والتزمت والتشدد في نظام الرضاعة والفطام تؤدي الى الاعتماد على الغير والاتكالية. وتربية الأطفال في المؤسسات تجعلهم أكثر ميلا إلى البلادة وأكثر عزوفا عن التفاعل الاجتماعي وأكثر اتكالية وأكثر حاجة إلى انتباه الآخرين ومودتهم.
- المستوى الاجتماعي الاقتصادي المتوسط والأعلى والاستقرار الاقتصادي أفضل بالنسبة للصحة النفسية للطفل.
- إرشاد الأزواج قبل الزواج وأثناءه عملية ضرورية وواجبة ضمانا للصحة النفسية لهما وللأسرة بأسرها.

ثانيا: أثر العلاقة بين الوالدين على الطفل:

- السعادة الزوجية تؤدي الى تماسك الأسرة بما يخلق مناخا يساعد على نمو الطفل الى شخصية متكاملة ومتزنة.
- الوفاق والعلاقات السوية بين الوالدين تؤدي إلى إشباع حاجة الطفل الى الأمن النفسي والى توافقه النفسي.

- الاتجاهات الانفعالية السوية واتجاهات الوالدين الموجبة نحو الحياة الزواجية ونحو الوالدية تؤدي إلى استقرار الآسرة والصحة النفسية لكافة أفرادها.
- التعاسة الزواجية تؤدي إلى تفكك الأسرة بما يخلق مناخا يؤدي الى نمو الطفل نمو نفسيا غير سوي.
- الخلافات بين الوالدين تعكر صفاء جو الأسرة مما يؤدي إلى أنماط السلوك المضطرب لدى الطفل كالغيرة والانانية والشجار وعدم الاتزان الانفعالي.
- المشكلات النفسية للزوجين والسلوك الشاذ الذي قد يقومان به يهدد استقرار المناخ الأسري والصحة النفسية لكافة أفرادها.

ثالثا: أثر العلاقات بين الوالدين والطفل على صحته النفسية:

- العلاقات والاتجاهات المشبعة بالحب والقبول والثقة تساعد الطفل في أن ينمو إلى شخص يحب غيره ويتقبل الآخرين ويثق فيهم.
- العلاقات السيئة والاتجاهات السالبة والظروف غير المناسبة تؤثر تأثيرا سيئا على النمو النفسي وعلى الصحة النفسية للطفل.

رابعا: أثر العلاقات بين الاخوة على الصحة النفسية:

العلاقات المنسجمة بين الاخوة الخالية من تفضيل طفل على طفل أو جنس على جنس المشبعة بالتعاون الخالية من التنافس تؤدي الى النمو النفسي السليم للطفل.

4: النماذج النظرية في تفسير الأمراض النفسية

4: 1 منحى التحليل النفسي:

4: 1: 1 سيجموند فرويد Sigmund Freud:

يعتبر فرويد مؤسس مدرسة التحليل النفسي التي ركزت على الطفولة وما يعتريها من أحداث ومشكلات وتصورات. وأضاف كثيرا من المبادئ والمفاهيم في العلاج النفسي وعلم النفس بشكل عام. حيث شملت عددا كبيرا من جوانب الحياة الإنسانية. من أبرزها: (Peterson 2001)، اكتشافه ان خبرات الطفولة المبكرة لها أهمية كبرى في التأثير على نمو شخصية الفرد. واهتمامه بالمظاهر الجنسية في الطفولة كنتاج لما تقدم من وجهة نظره في الطفولة. وتطويره لأول نظرية شاملة في الشخصية توضح ان أصول خصائص الشخصية تكمن في خبرات الطفولة. واكتشافه عمليات اللاشعور والأنشطة المحتملة في الحياة العقلية من دون وعي الفرد بها وان المحدد للسلوك والمؤثر فيه هو اللاشعور وتطويره لطريقة التداعي الحر باعتبارها انجازا رئيسيا في

حقل العلاج النفسي. واكتشافه ظاهرة التحول باعتبارها إنجازا أساسيا في عملية العلاج النفسي. ومبالغته في تأكيد العوامل البيولوجية كعوامل الوراثة والبنية والنضج في النمو الإنساني والتأكيد المطلق على النمو الجنسي. وأن السلوك الإنساني محدد سلفا بالخبرات الماضية وبخاصة خبرات سنوات الطفولة المبكرة (Nevid et al., 2003).

يعد فرويد أول من قدم تفسيرا للنفس البشرية باستخدامه مصطلح دينامية الشخصية الذي يعني ببساطة تفاعل شبكة من المتغيرات سواء أكانت هذه المتغيرات في النفس البشرية أو كانت في الظواهر الطبيعية، أو البيولوجية. وكان التفسير لأي ظاهرة إنسانية كانت أو اجتماعية أو فيزيقية لا يتأتى إلا بالمفهوم الدينامي. وتشترك الكثير من نظريات الشخصية في توظيف مفهوم الدينامية حتى يتمكن المنظر من تفسير السلوك الانساني. (Lahey, 2007)

ركزت نظرية التحليل النفسي على مفهوم الحتمية البيولوجية. دون ان تعير اهتماما للبعد الاجتماعي أو الثقافي وأثره في الشخصية. وتحدث فرويد عن ثلاث منظومات في بناء الشخصية ونموها. بحيث تعمل المنظومات الثلاثة بطريقة متكاملة لتشكل معا شخصية الفرد وسلوكه بشقيه السلوك الواضح كما يتضح من خلال أداءات الفرد Performance والذي يسميــه Overt behavior والسلوك المضمر Covert behavior الذي يمكن الكشف عنه بطرق غير مباشرة. والذي يعبر عن أغوار الشخصية.

4: 1: 2 المبادىء الرئيسة في الديناميات النفسية:

ويؤكد التحليليون على الجوانب المختلفة من الديناميات النفسية ويتفقون على ثلاثة مبادىء رئيسية هي (يوسف، 2001):

- الحتمية النفسية Determinism وتشير الى ان معظم سلوكاتنا محددة ولا يتم اختيارها بحرية. بل هي محددة بواسطة قوة وطبيعة قوى نفسية
- الاعتقاد بأن مثل هذه القوى تعمل بشكل لا شعوري
- الصورة التي تتشكل منها هذه القوى تتأثر بواسطة خبرات الطفولة وخاصة في علاقتها بالاسرة.

4: 1: 3 تفسير فرويد للمرض النفسي:

افترض فرويد ان العوامل الرئيسية التي تحدد ماهية الشخصية وتسبب الامراض العصابية هو الصراع بين مكونات الشخصية (الهو والانا والانا الاعلى)

(Davison & Neale, 2004) ويشمل العامل النفسي في الاعصبة ثلاثة عناصر تشكل الصراع العصابي المرضي:

العنصر الاول : وهو احباط الرغبات الجنسية عن طريق الانا والذي ينتج عنه حجز الغريزة الجنسية. ويحدث الكبت في الطفولة حين يكون الانا ما زال ضعيفا في مقابل الرغبات الجنسية. وينشأ الاحباط كرد فعل للقلق. حيث يتوقع الانا ان اشباع الرغبة الجنسية سوف يؤدي حتما الى الخطر. فيتم كبت هذه الرغبة الخطيرة. وعن طريق الكبت يستعيد الانا جانبا من تنظيمه وتبقى الرغبة المكبوتة غير متاحة لتأثيره

العنصر الثاني: وهو التحويل الممكن للرغبات الجنسية المحيطة الى اعراض عصابية. والتي تعتبر اشباعات بديلة للرغبات الجنسية المحيطة. ولا ينتج عن الكبت دائما تكوين اعراض. ففي حالات الحل الناجح للعقدة الاوديبية قد يجري تدمير الرغبات المكبوتة وتحول طاقاتها الى استخدامات أخرى.

اما **العنصر الثالث** فهو عدم ملاءمة الكبت مع استيقاظ وشدة الغريزة الجنسية عند البلوغ بعد ان كان فعالا خلال الطفولة واثناء فترة الكمون. وبذلك يعيش الفرد صراعا مركزا.

يرى فرويد أن القلق حالة خاصة من عدم السرور. وهو بمثابة انذار بالخطر ينبىء الانا بأن شيئا ما ينبغي عمله. يصحبه تفريغ آلي عبر ممرات محدودة. معتبرا الانا المقعد الوحيد الذي يرتكز عليه القلق. وان هناك ثلاثة انواع من القلق هي (الشناوي، 1994):

- القلق الواقعي: الذي ينتج من اخطار واقعية موجودة في العالم الخارجي للشخص
- القلق الاخلاقي: وهو عبارة عن الخوف من الضمير. وينتج عن الصراع مع الانا الاعلى
- القلق العصابي: وهو عبارة عن خوف من خروج رغبات الهو عن الانضباط

ركز فرويد في تفسيره للعصاب على النمو الجنسي للطفل خلال السنوات المبكرة من عمره. مشيرا الى ان اي صدمة نفسية خلال هذه الفترة قد تؤثر على ذلك النمو. وتؤدي الى حدوث تثبيت عند مرحلة معينة. فلا يستطيع العبور للمرحلة التالية مما يؤدي الى اصابته بالأمراض (Davison & Neale, 2004). ويرى بان هناك علاقة وثيقة بين الكبت الجنسي والقلق. وكذلك الصراع الاوديبي بين الطفل واحد والديه من الجنس المخالف. وان القلق يصاحب الحالات الهستيرية والمخاوف والعصاب القهري. كما ربط بين القلق والحرمان والتهديد بالحرمان وخطر الاخصاء الذي يثير القلق في المرحلة القضيبية. وربط كذلك بين القلق العصابي الذي ينشأ من خطر كامن في الدوافع الغريزية الفطرية عند الفرد ولا يدرك الانسان مصدره وبين القلق الموضوعي الذي يكون

مصدره كامنا في العالم الخارجي. وينشأ بسبب شعور الفرد بضعفه وعجزه تجاه اخطار العالم. (Thompson, et al., 2006).

4: 1: 4 الفرويديون الجدد:

أولا: ادلر :

وقد اختلف **ادلر** مع فرويد في ارائه. معتبرا ان العصاب ينشأ من خطأ الفرد في ادراك وتفسير بيئته. وحينما يصعب على الشخص ان يتخذ اسلوبا في الحياة فانه يستطيع ان يعوض ما يشعر به من نقص. ويرى ادلر بأن اسباب العصاب ترجع الى خبرات الطفولة وخاصة تلك التي تتعلق بالعلاقات المضطربة داخل الاسرة (زهران، 2005).

اعتقد ادلر بأن الدافع الاساسي للشخص هو الكفاح من اجل التفوق كتعويض عن مشاعر الدونية. وان هناك قوتين دافعيتين هما: الحاجة الى التغلب على الدونية والرغبة في التفوق. وان وجودهما معا في الانسان أمر عادي. الا ان النتيجة النهائية هي وجود قوة دافعية اساسية في الكائنات الانسانية بحيث تفسر النمو الفردي والتقدم الاجتماعي. وان العصاب يمكن ان يحدث اذا بالغ الشخص في اظهار شعوره بالدونية والنقص او بالغ في بذل جهوده من اجل التفوق. مستخدما مصطلح مركب النقص Inferiority complex للاشارة به الى مثل هذه الاستجابة العصابية المبالغ فيها (Davison & Neale, 2004).

أشار أدلر إلى الذات المتفردة باعتبارها متغيرا وسيطا Intervening variable تقع ما بين العالم الخارجي المملوء بالمثيرات والاستجابات لهذه المثيرات. وتعتبر الذات المتفردة أساس بناء الشخصية عنده. وهي تكوين فرضي Hypothetical construct ولكن تتضح آثار هذا التكوين الفرضي في أداء الفرد أي سلوكه (Ford & Urban, 2003).

وتعمل الذات من خلال ما يقدمه المجتمع للفرد. ولكن طريقة تناول وعمل هذه المدخلات تتم بطريقة وأسلوب فريدين. ومع ذلك فان أدلر لم يلغ دور التربية وعوامل التنشئة الاجتماعية من جانب الآباء. مشيرا إلى أنها تشجع على قيام الذات المتفردة بدورها بطريقة اكثر نضجا. وفعالية وإيجابية وذلك بالمقارنة إذا ما كانت عوامل التربية وعوامل التنشئة الاجتماعية يشوبها الكثير من اوجه النقص. فقد يؤدي ذلك إلى استجابات مرضية كالعصاب مثلا (Davison & Neale, 2004).

ومن وجهة نظر ادلر فان الانسان يعيش في مواقف كثيرة على أفكار غير صادقة (خرافية) تتناقلها الأجيال وتعد بمثابة حقائق. ولا يمكن التيقن منها إلا من خلال اتباع المنهج العلمي في التفكير. وبمعنى آخر لا بد من فهمها كظواهر والكشف عن القوانين

التي تحكمها حتى يمكن التنبؤ بها والتحكم فيها. ولكن إذا اقتنع شخص ما ببعض هذه المقولات دون تمحيص أو دحض علمي فقد تسير حياته وفقا لها. وتعد بمثابة أهداف يهفو لتحقيقها. ومن ثم يدفعه الوهم لتحقيق ذلك.

يبدأ أسلوب الحياة ببداية حياة الوليد. ويتشكل هذا الأسلوب من المؤثرات الباكرة في حياة الطفل. ومن أهم الاتجاهات الوالدية التي تشكل أسلوب حياة الطفل ثلاث اتجاهات رئيسية (Carson, et al., 2003):

- **اتجاه الحماية الزائدة Over-protective attitude**: يتمثل هذا الاتجاه الوالدي في تدليل الطفل الزائد. وإشباع كافة رغباته دون حساب. ويصبح الطفل أمرا ناهيا. فيتسم أسلوب حياته بالفردية والأنانية. ولا ينمو لديه الإحساس بالآخرين وبالمجتمع. وحين يعتاد الفرد هذا الأسلوب فانه يتوقع من الآخرين الامتثال لكل من يرغب فيه.
- **اتجاه الإهمال الزائد Over-negligence attitude** : يتمثل هذا الاتجاه الوالدي في إهمال الطفل وعدم تحقيق الأمن والرعاية والحنان بالنسبة له. فيشب الطفل ويصبح راشدا حاقدا. جاف الوجدان شكاكا، غير آمن. وحين يصبح راشدا. يتضح في أسلوب حياته من خلال تعامله مع الآخرين. اللا اجتماعية، واللا انتماء، والأنانية. ومحاولة الكسب بأية طريقة لتأمين حياته.
- **اتجاه السيطرة الزائدة Over-domineering attitude**: يتمثل هذا الاتجاه الأبوي في القسوة في معاملة الأبناء. والعقاب الصارم عند أقل الأخطاء. ويعاني الطفل من كثرة الاحباطات. وحين يصبح راشدا يتمثل في أسلوب حياته من خلال تعامله مع الآخرين ظاهرة الرفض، والعداء، والرغبة في الانتقام، والعدوانية.

ابرز أدلر الدور الاجتماعي الفطري في الفرد مشيرا الى سعي الفرد منذ طفولته المبكرة لاشباعاته من خلال سياق اجتماعي Social - context وتتطور ممارساته. وحين يحس بالنقص في مواجهة بعض المعوقات يتحفز للعدوان ضد مصادر الاعاقة. ساعيا الى القوة Power. ومع المزيد من التوافق الاجتماعي يتطور السعي من القوة الى النضال من اجل التفوق (Carson, et al., 2003).

ثانيا: يونج:

واختلف يونج Jung مع فرويد كذلك ولم يقتنع بما اورده فرويد بأن مفهوم الليبيدو جنسي اساسا. وافترض ان هناك مستودعا كبيرا لطاقة عامة غير متمايزة تنبثق منها القوى الدافعة للانسان في حياته. وادخل يونج مفهوم الانطواء – الانبساط. مشيرا الى ان الليبيدو عند الانبساطيين يتجه الى الخارج. وهم يستجيبون موضوعيا للعالم

الواقعي. بينما يرتد الليبيدو عند الانطوائيين الى الداخل نحو حقائق ذاتية. ويميلون الى الحياة في عالم الخيال (عكاشه، 2003).

ادخل يونج مفهوم اللاشعور الجمعي ويرى بأن القلق عبارة عن رد فعل يقوم به الفرد حينما تغزو عقله قوى وخيالات غير معقولة صادرة عن اللاشعور الجمعي.

ثالثا: كارن هورني:

واختلفت هورني مع فرويد ايضا في مفهوم فرويد عن الصراع. وان الصراع بالنسبة لهورني ينشأ من الاوضاع والظروف الاجتماعية. وان العصابي شخص عانى من مشكلات خطيرة اسهمت البيئة الثقافية في تكوينها أثناء فترة الطفولة. ولم يتم حلها على نحو مقنع.

طرحت هورني شعار ان الاضطرابات النفسية تكمن أساسا في اضطرابات الطابع. وظهرت أهم أعمالها في ثلاث كتب هي: الشخصية العصابية في عصرنا، وصراعاتنا الداخلية، والعصاب ونمو الانسان. ومن خلال كتاباتها. فقد أعطت اهتماما بالغا بالمؤثرات الثقافية أثناء تربية الطفل. دون اهمال للعوامل البيولوجية. مشيرة الى ان التوافق الذي يقود الى السواء واللا توافق الذي يقود الى العصاب كلها ترجع الى عملية التنشئة الاجتماعية في ضوء ثقافة ما عبر تاريخ الفرد (Dumas & Nilsen, 2003).

تمكنت هورني من تحديد عشر حاجات تم اكتسابها نتيجة لمحاولة التعامل مع العلاقات الانسانية المضطربة. واطلقت عليها صفة العصابية انطلاقا من اعتبار تلك الحاجات "من وجهة نظرها" حلولا غير عقلانية للمشكلات التي يجابهها الفرد. كما تقضي الى توليد مشكلات اخرى.

وقامت هورني بتصنيف الحاجات العشر وتبويبها في ثلاث حاجات عصابية رئيسية هي (Comer, 2004):

- الحاجة العصابية الأولى تتمثل في التوجه المرضي نحو الناس سعيا وراء الحب والتقبل الاجتماعي ويتضح السلوك العصابي لدى الشخص في رغبته العارمة في إرضاء الآخرين وعمل ما يريدونه كي يرضيهم حتى لا يحس بالهجر.
- الحاجة العصابية الثانية تتمثل في التوجه المرضي بعيدا عن الناس سعيا وراء الاستقلال. ويتسم سلوك الشخص بالعزوف عن الناس وبعدم الارتباط بأحد نتيجة اخفاقه في محاولاته اليائسة في العثور على الدفء العاطفي والمودة والحب.
- الحاجة العصابية الثالثة تتمثل في توجه العصابي ضد الناس وضد المجتمع. فيسلك باحثا عن القوة أو السيطرة او الامتلاك واستغلال الآخرين. وإسقاط رغباته على الآخر.

وترى هورني ان القلق هو اساس العصاب. وهي تعتبر ان خبرات الطفولة العنيفة الشديدة شرط لازم وضروري لتكون العصاب. وان هذه الخبرات تشكل تربة خصبة لنمو مختلف انواع العصاب. وقدمت هورني تحليلا للخواص التي تميز العصابي بصفة عامة (Holms, 2001):

- **الخاصية الأولى:** في العصاب هي المنافسة Competition وتعد المنافسة بمثابة حجر الزاوية في صراعات العصابي بحيث تتمثل في محاولة مضاهاة الآخرين والوقوف امامهم منافسا في المسائل التي لا تتطلب ذلك.
- **الخاصية الثانية :** تتعلق بمحتوى طموح العصابي والهدف منها ليست لتحقيق شيء يستحق العمل من اجله أي لـه قيمة فحسب ولكن الهدف هنا هو ان يكون احسن الكل.
- **الخاصية الثالثة:** هي كم العدائية المتضمنة في طموحات العصابي: تتضمن المنافسة الحادة للعصابي عناصر العدائية. فهزيمة المنافس تعد بمثابة انتصار للعصابي. واستجابات العصابي تكون محكومة بالنهم (عدم الشبع) واللاعقلانية.

رابعا: فروم:

أولى فروم اهتماما بالغا بالطابع الاجتماعي وعلى ما هو مشترك بين أفراد الجماعة الواحدة. مشيرا إلى أن الوظيفة الاجتماعية للتربية هي في تأهيل الفرد كي يقوم بوظيفته من خلال الدور الذي سيلعبه في المجتمع مستقبلا. وهذا يعني ان التربية مسؤولة كأداة اجتماعية في جعل الطفل منذ باكورة أيامه متوافقا مع حاجات المجتمع ومطالبه. بحيث تكون تصرفات الطفل ومن ثم الراشد متناغمة مع النظام الاقتصادي الاجتماعي السائد. وبناء على ذلك فان الشخص من وجهة نظر فروم حتى يتوافق فانه لا بد ان يكون مسايرا Conformist.

يرى فروم العصاب على انه أحد مظاهر الفشل الاخلاقي. وان المرض العصابي يكون في كثير من الحالات تعبيرا عن نزاع اخلاقي. وان القلق هو نتاج ضغوط ثقافية وبيئية. كما ان المجتمع مسؤول عن كثير من الاضطرابات النفسية (Patterson, 2000).

أشار فروم الى وجود اربع حاجات ضرورية للفرد يسعى لإشباعها حتى يحس بالتوافق. وهذه الحاجات هي (Holms, 2001):

- **الحاجة إلى الانتماء الاجتماعي:** فالإنسان يختلف عن أفراد المملكة الحيوانية التي يقتصر تعاملها مع الطبيعة لإشباع حاجاتها العيانية Concrete needs أما الإنسان فقد تجاوز اشباعاته العيانية وأصبحت له مجموعة حاجات اجتماعية منها الإحساس بالانتماء Sense of belongings كالانتماء إلى الوطن أو إلى مكان العمل أو إلى العائلة.

- **الحاجة إلى الشموخ (التعالي):** ويسعى الإنسان دوما للارتفاع والارتقاء ومن ثم يعمل لتزدهر مواهبه. ويسعى كذلك لأن يصبح مرموقا من خلال تنمية خياله. ومن خلال التحضر. ومن خلال الفنون قاطبة.
- **الحاجة إلى الهوية:** يحتاج الفرد أثناء بناء طابعه الاجتماعي إلى ان يتوحد مع الآخر. أو يتوحد مع العمل. حتى يبتعد عن الوحدة والعزلة والاغتراب. وفي الحالات المرضية قد يتوحد مع المعتدي. أو مع نموذج مرضي.
- **الحاجة الى الانضباط الاجتماعي:** تحدد المعايير التي يطرحها النظام القائم نوع القيم السائدة. والتي ينبغي مسايرتها، والالتزام بها. والتوافق معها. والعمل على تدعيمها. وإذا ما امتص أفراد المجتمع هذه المعايير والنسق القيمي السائد ساد الوئام كيان المجتمع وعاش في هناء.

خامسا: سوليفان:

اعتبر سوليفان مفهوم القلق مفهوما رئيسيا ومهما كما هو الحال عند فرويد وهورني. وهو اساس كل من العصاب والذهان.وهو ناتج عن علاقات الشخصية مع الاخرين. ووصفه بأنه استجابة لمشاعر عدم الموافقة من جانب الكبار سواء كانوا حقيقيين او متخيلين. ونظر الى القلق على انه شعور او انفعال مؤلم يمكن ان يظهر من الحاجات العضوية او من فقدان الامن الاجتماعي. واكد على تميز القلق وبأنه شيء يمكن وصفه وملاحظته بالتعرف على المظهر وردود الفعل الجسمانية. او حتى بقياس التغيرات الفسيولوجية التي تشير الى وجوده (Patterson, 2000).

قسم سوليفان حياة الإنسان إلى ست مراحل متداخلة ومتمايزة هي (Sue, et al., 2003):

- **مرحلة المهد : (العامان الأولان):** في هذه المرحلة لا يحدث قلق أو مخاوف فهي مرحلة استقبال من جانب الأم. ويستجيب الطفل بطريقة سماها الإدراك الأولي أو الفطري.
- **مرحلة الطفولة الباكرة: (من 3 - 6 سنوات):** وهي المرحلة المهمة في حياة الشخص ففيها يتم الإدراك بطريقة تركيبية
- **مرحلة الطفولة المتأخرة (من: 6 - 10 سنوات)** : وهي تقابل تقريبا مرحلة التعليم الابتدائي وهي امتداد للطفولة الباكرة. الا ان التواصل فيها يزداد من خلال اللعب مع الأقران. وتعد بمثابة مرحلة تنفيسية لطفل خصوصا في اللعب المنظم داخل المدرسة.
- **مرحلة بداية المراهقة (من: 10 12 سنة)** : وفي هذه المرحلة تنمو علاقات قوية حميمة بين المراهق وشخص من نفس الجنس وهي بداية مرحلة الحب ويعتبر الآخر بالنسبة للشخص أكثر أهمية من الآباء ويسمى هذا الوضع بثقافة المراهقين Peer culture.
- **مرحلة المراهقة المتوسطة (من: 13 - 17 سنة):** في هذه المرحلبة يتعلق الفرد

بالجنس الآخر. وبنفس الجنس في ذات الوقت. فهو في حاجة الى الجنسية الغيرية والجنسية المثلية. وقد تتحد الحاجتان وينتج عن ذلك الميل الجنسي لنفس الجنس.

- **مرحلة المراهقة المتأخرة (من: 17- 20 عاما)** : وفي هذه المرحلة عادة ما تندمج الحاجة الجنسية والحاجة للصداقة الدافئة لشخص من الجنس الآخر. وفي العادة تتركز على شخص واحد.

وعنى اريكسون بمراحل النمو النفسي الجنسي لدى الفرد متجاهلا التطور الاجتماعي النفسي كما فعل فرويد. حيث يحاول الطفل فهم كيفية الارتباط بالآخرين. ويرى بأن كل مرحلة من المراحل الاجتماعية النفسية تتركز حول صراع او تناقض انفعالي يواجهه الاطفال في فترات حرجة معينة خلال نموهم. مشيرا الى ان هناك متطلبات بيئية جديدة تغرس عناصر ومكونات انفعالية سلبية وايجابية خلال مراحل نمو الشخصية وتطورها. وتكون العناصر السلبية والايجابية مندمجة الى حد ما في الشخص الموجود. فاذا تم الصراع بصورة مرضية نجد العنصر الايجابي ينعكس على الشخص بدرجة مرتفعة. اما اذا استمر الصراع بدون حل بالطريقة المناسبة فسنجد العنصر السلبي هو المسيطر على الشخصية (Carson, et al., 2003).

4: 2 المنحى الانساني:

4: 2: 1 روجرز:

يعتبر كارل روجرز وابراهام ماسلوا من اعمدة الاتجاه الانساني في العلاج النفسي وتفسير الامراض النفسية.

يرى روجرز ان الاضطراب النفسي ينشأ من عدة مصادر ومنها عدم التطابق او عدم الاتساق بين الذات والخبرة التي تتمخض عن حالة من التوتر والارتباك الداخلي. معتبرا ان نشأة الاضطراب النفسي ناتج عن عدم التطابق بين الذات والخبرة مما يؤدي الى عدم التوافق او سوء التوافق. ويجعل الشخص عرضة للقلق والتهديد. ومن ثم فانه يسلك بشكل دفاعي. وينشأ القلق عندما يستشعر الفرد الخبرة على انها غير متسقة مع بنية الذات وشروط الاهمية المستديمة داخله (Patterson, 2000) .

يعتقد روجرز ان الطبيعة الانسانية ايجابية. وان الفرد اجتماعي ولديه حوافز تدفعه الى الامام. ويكافح من اجل ان يستخدم وظائفه كاملة. ولخص روجرز وجهة نظره في الطبيعة الانسانية بستة نقاط هي أن الانسان: لديه القدرة، وله الحق في توجيه ذاته وتحقيق ذاته، ويستطيع عمل قرارات حكيمة اذا اتيحت له الفرصة. (Thompson, et al., 2006)

- يستطيع اختيار قيمه الخاصة

- يستطيع تعلم استخدام المسؤولية بطريقة بناءة
- لديه القدرة على الاهتمام بمشاعره الخاصة وأفكاره وسلوكه
- لديه امكانية التغيير البناء والنمو الشخصي نحو حياة كاملة وسعيدة (تحقيق الذات)

قدم روجرز عددا من المبادئ الأساسية في الشخصية اشتملت على الآتي (Carson, et al., 2oo3):

- يوجد كل فرد في عالم من الخبرة دائم التغير هو مركزه فكل منا يحيا في عالم من الخبرة خاص به. عالم متغير باستمرار. فأنت لا تنزل النهر الواحد مرتين فان مياهها جديدة تجري دائما من حولك.
- يستجيب الكائن الحي للمجال كما يخبره ويدركه. والمجال الادراكي هو واقع بالنسبة للفرد. والواقع قد يكون تجريدا بالنسبة للفيلسوف أو عالم الميتافيزيقا. ولكنه بالنسبة للفرد. فان الواقع يخبره ويتقبله الفرد بجهازه الادراكي الخاص. وإذا كان لدى الفرد جهازا ادراكيا متسقا بالنسبة له. فانه سوف يكون لديه درجة معينة من القدرة على التنبؤ يمكنه الاعتماد عليها.
- يستجيب الكائن الحي الى المجال الظاهري ككل منظم.
- للكائن الحي نزعة واحدة أساسية هي تحقيق وابقاء وتقوية الكائن الحي الذي يحيا الخبرة.
- السلوك في أساسه محاولة موجهة نحو هدف هو إشباع الحاجات التي يخبرها الكائن الحي في مجاله كما يدركه.
- يصاحب الانفعال السلوك الموجه نحو هدف. ويسهل له مهمته بوجه عام. فيرتبط نوع الانفعال بتلك النواحي من السلوك التي تجد في الطلب وذلك، مقابل النواحي الاستهلاكية للسلوك. كما ترتبط شدته بمدى الأهمية المدركة للسلوك في الحفاظ على الكائن الحي وتدعيمه.
- ان احسن موقع ممكن لفهم السلوك هو من خلال الاطار المرجعي الداخلي للفرد نفسه. فالسلوك الذي قد يبدو غريبا او لا معنى له في نظر الملاحظ الخارجي. قد يكون سلوكا غرضيا وهادفا الى حد بعيد بالنسبة للفرد نفسه. وقد تكون هناك مآخذ كثيرة ومشكلات عميقة في الوصول الى المشاعر الداخلية الاستبطانية لفرد معين. ولكن في حياة كل واحد منا نظائر في حياة الآخرين (Rathus, 2002).
- يتمايز جزء من المجال الادراكي الكلي بالتدريج ليكون الذات. فالذات الظاهرية تتمايز من المجال الادراكي الكلي. والذات هي وعي الفرد بوجوده ونشاطه.
- نتيجة للتفاعل مع البيئة ومع الأحكام التقويمية للآخرين بشكل خاص يتكون بناء الذات من نمط تصوري منظم مرن ولكن متسق من ادراكات خصائص وعلاقات ال

"أنا" أو "ضمير المتكلم" مع القيم التي ترتبط بهذه المفاهيم.

- القيم المرتبطة بالخبرات والقيم التي تشكل جزءا من بناء الذات هي في بعض الحالات قيم يخبرها الكائن الحي بصورة مباشرة. وفي بعض الحالات قيم يستدمجها أو يأخذها عن الآخرين. ولكن تدرك بطريقة مشوهة كما لو كانت قد خبرت بطريقة مباشرة.
- تتحول خبرات الفرد التي تحدث له في حياته الى صورة رمزية تدرك وتنظم في علاقة ما مع الذات يتجاهلها الفرد حيث لا تدرك لها علاقة ببناء الذات ويحال بينها وبين الوصول الى صورة رمزية أو تعطى لها صورة رمزية مشوهة لأنها تتسق مع بناء الذات
- معظم طرق السلوك التي يتبناها الكائن الحي هي تلك التي تتسق مع مفهومه عن نفسه. فالذات تأمل في ابقاء السلوك الذي يتسق وصورة الذات. ولذا، فان أحسن طريقة لاحداث تعديل في السلوك يكون باحداث تغيير في مفهوم الذات.
- قد يصدر السلوك في بعض الحالات عن خبرات وحاجات عضوية لم تصل الى مستوى التعبير الرمزي
- ينشأ سوء التوافق النفسي حين يمنع الكائن الحي عددا من خبراته الحسية والحشوية ذات الدلالة من بلوغ مرتبة الوعي. ويؤدي هذا بدوره الى الحيلولة دون تحول هذه الخبرات الى صور رمزية والى عدم انتظامها في جشطالت بناء الذات.
- يتوفر التوافق النفسي عندما يصبح مفهوم الذات في وضع يسمح لكل الخبرات الحسية والحشوية للكائن الحي بـأن تصبح متمثلة في مستوى رمزي وعلى علاقة ثابتة ومتسقة مع مفهوم الذات.
- تدرك أي خبرة لا تتسق مع تنظيم أو بناء الذات كتهديد. وكلما زاد هذا النوع من المدركات ازداد الجمود في تنظيم بناء الذات حتى يتسنى له المحافظة على بقائه.
- في ظل ظروف خاصة تتضمن أساسا انتفاء أي تهديد للذات يصبح ادراك الخبرات التي لا تتسق مع مفهوم الذات أمرا ممكنا. كما يصبح من الممكن مراجعة بناء الذات بشكل يسمح بتمثل هذه الخبرات. وجعلها متضمنة في بناء الذات.
- عندما يدرك الشخص ويتقبل في جهاز متسق ومتكامل كل خبراته الحسية والحشوية. فانه يصبح بالضرورة أكثر تفهما للآخرين وأكثر تقبلا لهم كأشخاص منفصلين.
- عندما يدرك الشخص ويتقبل في بناء ذاته لمزيد من خبراته العضوية. يكتشف أنه يستبدل جهاز القيم الحالي لديه - وهو قائم في المقام الأول على ما استدمجه عن الآخرين وأعطى له صورة رمزية مشوهة - بعملية تقييم متصلة ومستمرة. وعندما يحرز الفرد تقدما ونجاحا وثقة في عملية التقييم. فانه يجد ان الأجهزة القديمة لم تعد تثير التهديد ولا لزوم لها.
- هذه القضية تتصل برغبة الفرد وحاجته الى الاعتبار الاجتماعي. وفي بعض الأحيان تصبح

هذه الرغبة أكثر الحاحا من عملية التقييم العضوية بحيث يسعى الفرد الى الحصول على تقدير الآخرين. اكثر مما يسعى الى الخبرات التي يقدرها الكائن الحي العضوي.

- وجد روجرز حاجة ملحة الى اعتبار الذات تسير جنبا الى جنب وبشكل متمايز مع الحاجة الى الاعتبار الاجتماعي.
- ونتيجة لقوى وحاجات ومطالب الاعتبار الاجتماعي واعتبار الذات ينمي الفرد اتجاها نحو تقدير الذات (يوسف، 2001).

4: 2: 3 ماسلو:

وجه ماسلوا انتقاداته الى علم النفس لاسهامه في التعامل مع ضعف الانسان بدلا من اهتمامه بجوانب قوته. مشيرا الى ان دراسة والخوف والذنب والعداوة لم تتم بقدر متوازن مع دراسة الضحك والدعاتة والمرح والحب. وقد حاول ماسلو تصحيح هذا التوازن. ووضع نظريته على اساس من دراساته التي أجراها على اشخاص اسوياء مبدعين. وصنف الدوافع البشرية ونظمها بشكل هرمي متدرج. بدءا من الحاجات الفسيولوجية مرورا بحاجات الامن والانتماء وتقدير الذات ثم حاجات تحقيق الذات واخيرا حاجات الفهم والمعرفة (يوسف، 2001).

4: 3 المنحى المعرفي:

يرى منظروا المنحى المعرفي بأن الكثير من الاضطرابات النفسية تنتج عن الاخطاء او التحيزات في التفكير (Holms, 2001) بمعنى ان الافكار التي تقود الى المرض النفسي تنجم عن مشكلات في الطريقة التي ندرك ونخزن ونسترجع بها المعلومات. ويرى المنظرون المعرفيون ان هناك اربعة مصادر رئيسية من القصور المعرفي ترتبط بظهور الاضطرابات النفسية:

- نقص المعلومات وقصور الخبرة والسذاجة في حل المشكلات
- اساليب التفكير وما تنطوي عليه من اخطاء كالتعميم والتطرف
- ما يحمله الشخص من اراء وافكار ومعتقدات عن نفسه وعن الاخرين والمواقف التي يتفاعل معها.
- التوقعات السلبية

4: 3: 1 آرون بيك:

صاغ بيك Beck نظرية متكاملة فسر على اساسها حدوث الاضطرابات الانفعالية بصفة عامة والاكتئاب بصفة خاصة. في ضوء المعتقدات والاراء السلبية التي يحملها المريض عن نفسه وعن العالم والمستقبل. مشيرا في الوقت نفسه ان الخبرات التي يمر بها الشخص تستمد دلالتها اليائسة او المكتئبة او الانهزامية من خلال التحامها بهذا الاسلوب.

وان تبني مثل هذا الاعتقاد من قبل الشخص تؤدي به الى تشويه ادراك الواقع بشكل سلبي ثم تأتي بعد ذلك الاستجابة الانفعالية او السلوكية اليائسة التي نسميها بالاكتئاب. ويرى بأن الناس يستجيبون للاحداث انطلاقا من المعاني التي يعطونها لها. وهذه الاستجابات تؤدي الى ردود فعل انفعالية متباينة للموقف الواحد باختلاف الاشخاص. بل ومن الشخص الواحد نفسه في اوقات مختلفة (Gotib & Hammen, 2002).

قدم بيك عددا من المبادىء المعرفية التي تفسر الاضطراب النفسي وخاصة الاكتئاب ومنها:

- **التعميم السلبي الشديد:** كل افعالي وتصرفاتي خاطئة وحمقاء
- **التوقعات الكوارثية:** تجنب الفرد للدخول في المواقف المختلفة خوفا من ان يرتكب خطأ يراه على انه كارثة له او لاسرته او لسمعته.
- **الكل او لا شيء:** يتصرف الشخص باضطراب اذا كانت تصوراته للامور قائمة اما على النجاح او الفشل الذريع. والتصرف هنا يصحبه عادة مشاعر شديدة بالاحباط او القلق الحاد عندما يتعرض لأي احباط مهما كان ضئيلا.
- **قراءة افكار الاخرين سلبا:** فالشخص الذي يتوقع سخرية الاخرين او ازدرائهم قبل الدخول في مواقف التفاعل الاجتماعي. سيكون من السهل عليه الانزلاق في كثير من انواع الاضطراب بما فيها تعاطي مواد ضارة او العدوان، وغيره
- **المقارنة:** تتأثر كثير من الوظائف الاجتماعية والعقلية وتتعطل قدرة الفرد على النشاط والدافعية مما يجعله عرضة للاضطراب الانفعالي كالاكتئاب والقلق.
- **التجريد الانتقائي:** ويقصد به اسقاط كل المميزات والتركيز على عيب واحد او نقص واحد. فالزوج الذي يدعو زوجته للاحتفال بعيد زواجهما قد تتهمه الزوجة بأنه لا يهتم بها لمجرد أنه لم يدعها قبل الاحتفال بوقت كاف.
- **التفكير القائم على الاستنتاجات الانفعالية:** ان الشخص الذي يفسر سلوك الاخرين سلوكا انفعاليا سوف يجد نفسه عاجزا عن التفاعل الاجتماعي الفعال. ويكون عرضة لكثير من المخاوف الاجتماعية والوساوس والاضطرابات العضوية.
- **تحميل الشخص نفسه مسؤوليات غير حقيقية عن الفشل:** وهؤلاء هم الافراد الذين ينزعون الى نسبة فشل الاخرين الى انفسهم بشكل مبالغ فيه.
- **النزعة الى الكمال المطلق:** فبعض الافراد ينزع نحو التفكير بطريقة شديدة المثالية ويطلبون الكمال المطلق في كل شيء يقومون به. وعندما لا يتحقق لهم ذلك. فانهم يشعرون بالقلق والاكتئاب والاحباط.
- **ربط احترام الشخص وتقديره لذاته بعوامل خارجية بحتة:** وتأويل الاحداث الخارجية بما يتفق مع احساسه بعدم تقدير الذات

- **استخدام العبارات القاطعة:** يشيع لدى المصابين بالقلق والاكتئاب استخدام الحتميات كأسلوب من اساليب التفكير مما يؤدي الى تجيم سلوك الفرد الاجتماعي. ويعرضه للغضب والعدوان او الانسحاب والتجنب.

4: 3: 2 سيلجمان:

يرى سيلجمان بأن المكتئبين لا يعترفون بالتطابق بين سلوكهم والنتائج في البيئة. وانهم يشعرون بالعجز لأنهم لا يستطيعون السيطرة على الاحداث في حياتهم كما يعتقدون. وقدم ازاء ذلك نموذجا سماه " الاستعداد او الجاهزية Readinen" انتقد فيه نظريات التعلم في تفسيرها لنشأة المخاوف. وخاصة تلك التي تستحدث في المعمل لانها سهلة الانطفاء.وتتم عادة بعد عدة محاولات بعكس المخاوف الحقيقية التي قد تحدث بعد خبرة صدمية واحدة وتكون مستمرة وتقاوم التغيير. وقد اجريت دراسات عديدة على افكار سيلجمان هذه كان من ابرزها. وتبين من نتائجها ان الاستجابات الشرطية للمنبهات المثيرة للخوف (العناكب والافاعي) اكثر مقاومة للانطفاء من المثيرات غير المرتبطة بالخوف (يوسف، 2001)

4: 3: 3 ابرامسون وزملاؤه:

ادخل ابرامسون وزملاؤه تعديلات على نظرية سيلجمان اطلق عليها نظرية اليأس Hopelessness اشار فيها الى ان الاكتئاب لا يعتمد على الاعتقاد بأن هناك نقصا في السيطرة على الاحداث فحسب. وانما الاعتقاد بأن الاحداث السلبية سوف تستمر او تعود مرة أخرى. وعندما يتمسك الشخص بهذين النوعين من التوقعات او الاعتقادات. فانه يشعر باليأس ويصبح اليأس بالتالي السبب المباشر للاكتئاب (Sue, et al., 2003). وان التوقعات السلبية تنبثق من اتساق العز Attribution والاستنتاجات Infernces عندما يتعامل الناس مع احداث الحياة الضاغطة.

4: 3: 4 البرت الليز Albort Ellis:

أشار الليز في نظريته العقلانية الانفعالية على ان افكار الانسان هي التي تؤثر في مشاعره وأحيانا توحدها. ويرى ان البشر يفكرون ويشعرون ويتصرفون في آن واحد. وانهم مخلوقات بشرية ولدوا ولديهم نزعات للصراع الداخلي. وانهم يتأثرون بالعائلة والثقافة. وان لديهم استعداد فطري وميل مكتسب لأن يكونوا عقلانيين او غير عقلانيين. وان البيئة تساعد الافراد في مرحلة طفولتهم لتكوين الافكار غير العقلانية (Schwartz, 2003).

وتحدث عن بعض التصورات والفروض المتعلقة بطبيعة الإنسان وطبيعة التعاسة، والاضطرابات الانفعالية التي يعاني منها. ومن بين هذه التصورات والفروض: (باترسون، 1981)

- الإنسان حيوان عاقل متفرد في نوعه. وهو حين يفكر ويسلك بطريقة عقلانية يصبح ذا فاعلية. ويشعر بالسعادة والكفاءة.
- الاضطراب الانفعالي والسلوك العصابي يعتبران نتيجة للتفكير غير المنطقي والتفكير الانفعالي ليسا منفصلين. فالانفعال يصاحب التفكير والانفعال في حقيقته منحاز ذاتي وغير عقلاني
- يرجع التفكير غير العقلاني في اصله ونشأته إلى التعلم المبكر غير المنطقي. فالفرد لديه استعداد لذلك التعلم بيولوجيا. كما انه يكتسب ذلك من والديه بصفة خاصة. ومن الثقافة التي يعيش بينها.
- الإنسان حيوان متكلم والتفكير يتم عادة خلال استخدام الرموز الكلامية. ولما كان التفكير يصاحب الانفعال والاضطراب الانفعالي. فان التفكير غير العقلاني يستمر بالضرورة طالما يستمر الاضطراب الانفعالي.
- إن استمرار حالة الاضطراب الانفعالي نتيجة لحديث الذات يتقرر ليس فقط بالظروف والأحداث الخارجية. ولكن أيضا بادراكات الفرد واتجاهاته نحو هذه الأحداث التي تتجمع على صورة جمل يتم استدخالها أو تمثيلها.
- الأفكار والانفعالات السلبية أو المثبطة للذات. يجب مهاجمتها بإعادة تنظيم الإدراك والتفكير بدرجة يصبح معها الفرد منطقيا ومتعقلا.
- ان هدف العلاج بالطريقة العقلانية الانفعالية هو تعليم المسترشد تحليل وتصحيح الحقائق التي تشوهت او تحرفت. وذلك لتمييز معتقداته غير العقلانية من العقلانية. بحيث يحقق في العلاج هدفين اساسيين هما: خفض القلق والعدوان او الغضب الى اقل مستوى ممكن وتزويد الأفراد بطريقة يستطيعون بها خفض القلق والعدوان الى اقل مستوى ممكن. بالاضافة الى عدد من الاهداف التي يسعى المرشدون الذين يستخدمون الطريقة العقلانية في العلاج تحقيقها. مثل: الاهتمام بحقوق الاخرين والتوجيه الذاتي والاستقلالية الذاتية والمسؤولية وتحمل هفوات الاخرين وتقبل الاشياء غير المؤكدة والمرونة والانفتاح على التغيير والتفكير العلمي وتقبل الذات. وتقبل المخاطر والرغبة في تجريب اشياء جديدة. وزيادة دافعية المسترشد للاستمرار في استخدام عملية النقاش ليصبح عادة لتوجيه الذات. حتى بعد انتهاء عملية العلاج.

4: 3: 5 الأفكار غير العقلانية التي تؤدي إلى انتشار العصاب:

وقد أوضح الليز في هذا الصدد إحدى عشرة فكرة أو قيمة غير عقلانية أو خرافية. وغير ذات معنى. ولكنها رغم ذلك شائعة لدى المجتمعات الإنسانية. وهي تؤدي بالضرورة إلى انتشار العصاب. وهذه الأفكار هي: (باترسون، 1981)

- من الضروري أن يكون الشخص محبوبا أو مرضيا عنه من كل المحيطين به. هذه فكرة غير منطقية، لأنها هدف لا يمكن تحقيقه.
- يجب على الفرد أن يكون على درجة عالية من الكفاءة والمنافسة وأن ينجز ما يمكن أن يعتبر نفسه بسببه ذا قيمة وأهمية. هذه أيضا تدخل في عداد الأمور الصعبة التحقيق.
- بعض الناس شر وأذى، وعلى درجة عالية من الخسة والجبن والنذالة، وهم لذلك يستحقون العقاب والتوبيخ. وهذه فكر غير عقلانية لانه ليس هناك معيار مطلق للخطأ والصواب.
- انه لمن المصائب الفادحة أن تسير الأمور بعكس ما يتمنى الفرد. وهذا نوع من التفكير الضار إذ أن التعرض للإحباط يعتبر أمرا عاديا. ولكن من غير المنطق وغير العادي ان يقابل الإحباط بالحزن الشديد والدائم لاسباب عديدة منها:
- لايوجد سبب لاختلاف الأشياء عما هي عليه في الواقع.
- الشعور بالهم والحزن لن يغير كثيرا من الموقف الحالي بل قد يزيده سوءا.
- إذا كان من المستحيل فعل شيء إزاء الموقف فالشيء الوحيد المعقول هو أن نتقبله.
- الإحباط لا يؤدي إلى الاضطراب الانفعالي إلا إذا صور الإنسان الموقف بصورة تجعل الحصول على الرغبات ضروريا لتحقيق السعادة والرضا.
- " المصائب والتعاسة تعود أسبابها إلى الظروف الخارجية والتي ليس للفرد عليها ضابط. وصحيح ان القوى والأحداث الخارجية قد تشكل في مظهرها عدوانا على الإنسان وتهديدا لامنه. والأحداث الخارجية قد تشكل في مظهرها عدوانا على الإنسان وتهديدا لامنه. إلا أن هذا التصور نفسي في طبيعته. فالأشياء الخارجية قد لا تكون مدمرة بذاتها. ولكن تأثر الفرد بها واتجاهاته نحوها وردود أفعاله تجاهها هو الذي يجعلها تبدو كذلك.
- " الأشياء الخطرة أو المخيفة هي أسباب الهم الكبير. والانشغال الدائم للفكر ينبغي ان يتوقعها الفرد دائما وان يكون على أهبة الاستعداد لمواجهتها والتعامل معها". هذا الفرض غير صحيح لان الهم وانشغال البال والقلق يؤدي إلى أضرار كثيرة منها:
- انه يحول دون التقويم الموضوعي لامكانية وقوع الأحداث الخطيرة
- يحول دون التعامل معها ومواجهتها بفاعلية إذا وقعت.

- قد يؤدي إلى وقوعها بالفعل.
- لا يستطيع منع وقوعها إذا كانت لا بد منها
- يجعل الأحداث تبدو اكبر من حجمها الحقيقي او اكثر خطورة مما هي عليه في الواقع. والشخص العاقل يدرك ان الأخطاء الممكنة لا ينبغي توقعها بصورة تورث الهم والقلق. إذ أن ذلك لا يمنع وقوعها بل قد يزيد من شدة وقعها.
- " الأسهل للفرد أن يتجنب بعض المسؤوليات وان يتحاشى مواجهة الصعوبات بدلا من مواجهتها ". وهذا فرض خاطئ لان تجنب إنجاز الواجبات وتحمل المسؤوليات اكثر صعوبة واكثر إيلاما للنفس وإثارة للمتاعب من إنجازها.
- " يجب أن يعتمد الشخص على آخرين ويجب أن يكون هناك شخص أقوى منه لكي يعتمد عليه ". هذا فرض غير معقول لانه بينما نعتمد جميعا على بعضنا البعض إلى حد ما. إلا انه ليس هناك سبب للبمالغة في الاعتمادية لأنها تضر وتؤدي إلى فقد الحرية وتحقيق الذات. كما تقود إلى مزيد من الاعتمادية والى الفشل في التعلم. وفقد الأمان بسبب وقوعه تحت رحمة من يعتمد عليهم.
- "الخبرات والأحداث الماضية هي المحددات الأساسية للسلوك الحاضر والمؤثرات الماضية لا يمكن استئصالها". وعلى النقيض من هذا الفرض، فان ما كان يعتبر سلوكا ضروريا في الماضي في ظروف معينة ليس من المحتم أن يكون ضروريا في الحاضر.
- " ينبغي أن يحزن الفرد لما يصيب الآخرين من اضطرابات ومشكلات " وهذا اعتقاد خاطئ لان مشكلات الآخرين لا ينبغي ان تكون مصدر هم كبير لنا حتى ولو كان سلوك الآخرين يؤثر فينا. فان تفسيرنا لهذا التأثير هو الذي يقلقنا أو يعزينا.
- " هناك دائما حل لكل مشكلة، وهذا الحل يجب التوصل إليه. وإلا فان النتائج سوف تكون خطيرة. " هذا فرض غير معقول للأسباب التالية:
  - لاوجود لحل كامل صحيح ووحيد لأي مشكلة.
  - المخاطر المتخيلة بسبب الفشل في التوصل إلى الحل الصحيح تعتبر غير واقعية. ولكن الإصرار على وجود مثل هذا الحل قد يؤدي إلى القلق أو الخوف.
  - الإصرار على الكمال قد يؤدي إلى حلول اضعف مما يمكن أن تكون. والعاقل هو من يحاول ان يجد حلولا كثيرة ومتنوعة للمشكلة الواحدة ثم يختار أحسنها وأكثرها قابلية للتنفيذ مدركا انه لا يوجد حل كامل بصورة مطلقة.

4 :4 المنحى السلوكي:

يتبنى المنحى السلوك في الامراض النفسية منظورا مختلفا عن البيولوجية والسيكوينامية. ويعتبر ان الاعراض (السلوكيات التي تهجم عن المرض) هي في حد

ذاتها الاضطراب.وان هذه الاعراض تتم من خلال عملية التعلم او التشريط كتلك التي نتعلم بها السلوك السوي. ولما كانت السلوكيات المتعلمة ضارة وغير مفيدة فانها توصف بأنها استجابات متعلمة غير تكيفية (Schwartz, 2003)

ويرى سكنر ((Wade & Tavris, 2006) أن الشخصية الانسانية عبارة عن خيال أو وهم في جوهرها. فالناس يرون ما يفعله الآخرون ويستنتجون الخصائص المعمرة (الدوافع، السمات، القدرات) الموجودة أصلا في ذهن صاحبها. ويعتقد أن السلوكيين يجب أن يركزوا على فهم ما يفعله الكائن. ويعتقد سكنر أن السلوك يمكن تفسيره بالعوامل الوراثية والعوامل البيئية. مؤكدا على دور الخبرة. خاصة ما يتعلق منها بمبادئ الاشتراط البسيط مثل التعزيز والانطفاء والاشتراط الضدي والتمييز. فسلوك الفرد كما يراه محكوم في أي وقت بالكثير من الظروف المستقلة في جوهرها.

ويعتقد سكنر بأن الانسان يمتلك الطاقة الايجابية والطاقة السلبية ولم يهتم ببنية الشخصية بل كان مهتما بالتأكيد على تغيير السلوك وتعديله وكيفية حدوث ذلك. ولهذا فقد ركز العلاج السلوكي على تحليل سلوك الفرد الظاهري لتحديد عوامله ومكوناته الأساسية الإيجابية والسلبية على السواء. ثم حصر مسببات او مثيرات السلوك السلبي" والتي يطلق عليها عادة بالمنبهات Stimuli ومعالجتها تدريجيا حتى يصل المعالج النفسي إلى مرحلة يضبط فيها لدرجة ملحوظة السلوك السلبي. ومكونا في الوقت نفسه لدى الفرد بديلا إيجابيا له.

4: 4: 1 مناحي التعلم:

وقد اشتهر لدى المدرسة السلوكية عدة مناحي للتعلم لعل من ابرزها:

4: 4: 1 الاشتراط التقليدي البافلوفي: Classical Conditioning:

والذي أحدثه العالم الروسي بافلوف. ويتمثل في استبدال المنبه غير المشروط بمنبه مشروط لأغراض علاجية سلوكية. وذلك بإقرانهما معا عدة مرات أو فترات. ويتمثل منهج بافلوف في التجربة الكلاسيكية المعروفة في تدريب الكلاب على افراز اللعاب من خلال موقف تشريطي. وقد كان اهتمام بافلوف منذ البداية هو التوصل الى اجراءات تجريبية لاختبار نموذجه الشمولي في فسيولوجيا الجهاز العصبي بحيث يصلح اساسا لفهم الاضطرابات العصابية. وكان بافلوف يرى في استثارة القشرة المخية وفي كفها وفي التغيرات الاخرى في عمليات المخ احداثا رئيسية تكمن وراء الاضطرابات السلوكية الملحوظة في بعض الظروف. ويرى كذلك بأن السلوك يتم بالتوازن والتوافق

بين ثلاثة نظم في الجهاز العصبي. وهي نظام الافعال المنعكسة، والنظام الاشاري الاول: والذي يشتمل على نظام الاشارات لارشاد النظم السابقة. وهي اشارات مجردة لا تعتمد على الاستقبال المباشر لمنبهات الواقع. ولكنها تعتمد على الرمز. وبالتالي فان اختلال التوازن بين هذه النظم الثلاثة يؤدي الى الاضطراب والمرض (عكاشة، 2003)

ويرى مؤيدوا التشريط الكلاسيكي ان كثيرا من اضطراباتنا وسماتنا الشخصية هي استجابات اكتسبناها من خلال عملية تشريط كلاسيكية ثم تحولت الى عادات مرضية. وهي ليست نتاجا لغرائز طبيعية او صراعات داخلية. فالقلق والخوف والتفاؤل والتشاؤم يمكن تفسيرها بالاعتماد على التشريط الكلاسيكي على انها استجابات شرطية لمنبهات اكتسبت قدرتها على اثارة هذه الجوانب السلوكية بسبب ارتباطها بأحداث تبعث على الضرر او الالم او النفع او الفائدة.

4: 4: 2 الاشتراط الفعال: Operant Conditioning :

الذي طوره سكنر. ويتلخص في ميل الفرد إلى إحداث السلوك وتكراره عند خبرته لنتائج إيجابية والى تقليله أو تجنبه عند خبرته لنتائج سلبية أو غير مستحبة. بمعنى ان نوع النتائج التي يحدثها السلوك قد تعزز وتزيد من حدوثه أو تؤدي إلى تقليله وحذفه. ونحن نجد الكثير من مظاهر السلوك التلقائي الذي يصدر عن الكائن نتيجة لحاجاته ودوافعه الداخلية. كما ان كثيرا من السلوك الارادي يتم تعلمه في ظل وجود دوافع ومكافآت معينة.

ومن هنا فان التعلم الاجرائي يقوم على قاعدة رئيسة مؤداها ان السلوك هو محصلة ما يؤدي اليه من نتائج وآثار. او ان السلوك دالة لما يترتب عليه. ويمكن تفسير الكثير من جوانب الاضطراب في ضوء هذه النظرية (Wade & Tavris)، (2006

ومعنى ذلك فان السلوك الحسن هو استجابات والسلوك السيء هو ايضا استجابات تم تعلمها من خلال علاقتها بأحداث تقع في البيئة. ويشير سكنر هنا الى ان معظم مشكلات السلوك انما هي نتيجة للمدعمات المرتبة ترتيبا غير دقيق. لاحظ مثلا في ان بعض الحالات لا تكون المعززات بارزة بشكل كاف. وينقص السلوك الاجرائي للشخص الى الدرجة التي لا يقوم فيها بأداء جيد. (كأن يكون مكتئبا مثلا). او ان البيئة قد تكون منظمة بحيث تعزز سلوكا تكون نهايته تدمير الذات (كتعاطي المخدرات مثلا).

لقد فسر سكنر السلوك العصابي بناء على مبادىء التعلم التي يحافظ عليها هذا المصابي او الذهاني الذي تم تطويعه بواسطة بيئية ليتصرف بطرق غير مناسبة. ويعتقد سكنر في هذا الصدد بان استخدام مفاهيم النكوص او الكبت او الصراع لا ضرورة لها.

ونحن لسنا بحاجة للعودة الى الماضي او حتى تشجيعنا لاستعادته. ما دامت المسألة كلها لا تعدو كونها عملية تشريط اجرائي على النحو الذي سبقت الاشارة اليه.

ويرى أقطاب العلاج السلوكي ان المرض النفسي يمثل تجمعات لعادات سلوكية خاطئة مكتسبة. وان هذه العادات السلوكية يمكن علاجها إذا أخضعت لمبادئ العلاج السلوكي وإجراءاته وقوانينه. مركزين بذلك على المشكلة الحالية للسلوك المرضي للمريض وأعراض مرضه النفسي.

وقد حدد أصحاب وجهة النظر السلوكية في العلاج النفسي عددا من الخصائص التي ميزوا بها طريقتهم في العلاج التي اشتملت على الأمور التالية: (Rimm & Masters, 2009)

- معظم السلوك الإنساني متعلم ومكتسب. وعليه فالسلوك المرضي هو سلوك متعلم ومكتسب.
- السلوك المضطرب المتعلم لا يختلف عن السلوك العادي المتعلم. والفرق بينهما أن السلوك المرضي سلوك غير ملائم أو غير متوافق بينما السلوك العادي سلوك متوافق للفرد.
- يكتسب الفرد سلوكياته نتيجة التعرض المتكرر للخبرات التي تؤدي إليه. ومن ثم يحدث ارتباط شرطي بين هذه الخبرات وبين هذا السلوك.
- تمثل العناصر السلوكية المضطربة نسبة معينة من السلوك الكلي للفرد تزداد أو تنقص بين الأفراد.
- زملة الأعراض النفسية ينظر إليها كتجميع لعادات خاطئة متعلمة
- السلوك المضطرب يمكن تعديله.
- الأساس والأصل في السلوك الإنساني يكمن في وجود دوافع فيزيولوجية أولية لدى الفرد. وعن طريق التعلم يكتسب الفرد دوافع جديدة قد ترتبط بأساليب تعلم غير توافقية. وحينئذ لا بد من تعديل هذه الأساليب. لإحداث التوافق في سلوك الفرد (Marx, 1998).

4: 4: 3 المفاهيم الأساسية في العلاج النفسي السلوكي:

أوضحت الدراسات المعملية لأقطاب المدرسة السلوكية عددا من المفاهيم والمبادئ التي تشكل قاعدة ومنطلقا للعلاج السلوكي. وهي تتمثل بما يلي:

أولا: السلوك والاستجابة:

يمثل السلوك كل المظاهر النفسية للفرد سواء كانت هذه المظاهر قولا او فعلا. أما الاستجابة فهي كل ما يظهر لدى الفرد من ردود فعل على مثير يتعرض له. وبهذا فان السلوك يشمل كل استجابة Response أو سلوكا استجابيا Respondent behavior كرد فعل الفرد لمنبه ذاتي بيولوجي أو خارجي.

وعليه، فان هذا السلوك الذي ينظر إليه كذلك على انه استجابة في لحظة ما ينطوي على ثلاثة عناصر هي:

- تعلم سابق حدث في ظروف تشبه الموقف الحالي أو في ظروف توجد بينها وبين الموقف الحالي بعض نقاط الاشتراك.
- وضع انفعالي يوجد لدى الفرد حين حدوث الاستجابة.
- عناصر بيولوجية توجد لدى الفرد.

وبهذا، يتميز المنبه الذي يثير هذا النوع من السلوك الاستجابي ب: الإملاء والقسرية: بمعنى ان الفرد لا يملك في الغالب إرادة أو خيارا في إبداء السلوك المطلوب أو عدمه. كشعور الفرد بارتفاع أو انخفاض درجة حرارته أو اتساع حدقة عينه أو ضيقها. وقد يكون السلوك الاستجابي مرغوبا في طبيعته: نظرا لشعور الفرد بالراحة أو الكفاية النفسية. كالأكل والشرب. أو سلبيا غير مرغوب فيه كالروتين والألم الجسمي أو مضادا عدائيا كما في حالة العقاب الجسمي أو النفسي.

ثانيا: الاشراط والتعلم :

يشير هذا المفهوم إلى نظرية الاشتراط التقليدية التي يتم التعلم فيها باكتساب استجابة أشراطية لتصبح جزءا من سلوك الفرد. وعليه، فإننا نفهم التعلم من حيث انه استجابات أشرا طية تحدث في مواقف تعلم وتصبح جزءا من السلوك.

وقد طور هذا المفهوم العالم الروسي بافلوف وتبناه من بعده واطسون. ويعتبر من اقدم الوسائل المتبعة في تعديل السلوك الإنساني واقلها ممارسة في الوقت الحاضر نظرا لما تتميز به هذه الطريقة من دقة متناهية يتطلبها توقيت كل من المنبه المشروط " الجديد Conditional stimulus. Cs. " والمنبه غير المشروط " القديم " Unconditioned stimulus. وتتلخص عملية التعديل السلوكي بهذه الطريقة في تقديم المعالج للمنبه المشروط الذي يملك المريض نحوه شعورا حياديا لجدته عليه في الغالب ثم يتبعه مباشرة بالمنبه غير المشروط. ويستمر المعالج في عملية الإقران هذه

حتى يصل إلى درجة يكتسب فيها المنبه المشروط لاستجابة المنبه غير المشرط (Gage & Berliner, 2004).

ثالثا: الاشتراط الإجرائي : Operant conditioning

ويرتبط الاشتراط الإجرائي بعناصر محددة لعملية التعليم تجعله متميزا عن الاشتراط التقليدي. وهذا يعني أن التعلم بالاشتراط مرتبط في حدوثه بالنتيجة التي تلبي الاستجابة أو تلحق بها. ويمكن النظر إلى هذه النتيجة على أنها المعزز Reinforcement في حدوث التعلم. ويشير سكنر في هذا الصدد الى ان سلوك الفرد قد يكون على نوعين:

- **سلوك استجابي انعكاسي:** Respondent behavior الذي يستجيب فيه لمنبهات بيئية خارجية معروفة. وهذا السلوك يرتبط بطبيعته بنظرية الاشراط التقليدي التي سبق ذكرها.

- **وسلوك فعال أو مؤثر** Operant behavior ينتج من منبهات غير معروفة أو غير واضحة للفرد ويحدث في العادة بشكل تلقائي وعفوي. وهذا السلوك يتم ضبطه من خلال نتائجه. فإذا كانت هذه النتائج سارة/ إيجابية عندئذ يميل الفرد إلى تكرارها مستقبلا. أما إذا كانت عكس ذلك. فان الفرد " تحت ظروف عادية/ طبيعية " يميل إلى نسخ السلوك أو التخلي عنه. والنتائج الإيجابية للسلوك من وجهة نظر سكنر هي المنبهات المعززة Reinforcing stimulus بحد ذاتها.

رابعا: التعزيز :

يحتل التعزيز مكانة هامة في التعلم. ويشير التعزيز إلى إجراء يؤدي فيه حدوث السلوك إلى توابع إيجابية أو إزالة توابع سلبية الشيء الذي يترتب عليه زيادة احتمال حدوث ذلك السلوك في المستقبل في المواقف المماثلة (Gage & Berliner، 2004). ومعززات السلوك أو منبهاته تكون في العادة على عدة أنواع منها:

1- معززات أساسية Primary Reinforces : وتمثل حاجات الفرد الفيزيولوجية " كالطعام والشراب والملبس والراحة.. الخ " وهذه المعززات ينتهي تأثيرها على السلوك بالحصول عليها. وهي بطبيعتها ليست محفزة للتعلم أو معززة له لكنها قد تستغل عند إقرانها بالإجابة المرغوبة لإحداث التأثير أو التعديل المطلوب.

2- معززات مشروطة أو ثانوية: Conditioned or secondary reinforces :
تنمو مثل هذه المعززات لدى الفرد من خلال تفاعله مع البيئة واستخدام المعالج لها

واستجابة المتعالج بدوره لها يسهل كثيرا من عملية العلاج. وفي غياب هذه المعززات قد يصبح العلاج صعبا أو مستحيلا في بعض الحالات.

3- معززات عامة : Generalization reinforces وتمتاز بقوة مفعولها وعموميتها بمعنى إمكانية استعمالها مع اكثر من شخص ولزيادة اكثر من سلوك مرغوب فيه في آن واحد.

4- جداول التعزيز: استغل سكنر مبدأ التعزيز في تعديل السلوك الفردي بزيادة معدل حدوثه أو حذفه نهائيا وتكوين آخر جديد مستعملا في ذلك فترات زمنية فاصلة Intervalsحيث يقوم خلالها بتعزيز السلوك بمكافأة الفرد بنوع واحد أو اكثر من المعززات. أو بمعاقبته بحرمانه من المعزز. وقد أطلق سكنر على هذه الحالات جداول التعزيز Schedules of reinforcement. وتمارس جداول التعزيز هذه بعدة صيغ منها:

- **جداول تعزيز متواصلة: Continuo schedules of reinforcement** وفيها يكافئ المعالج أثناء عملية تعديل السلوك عند كل مرة يبدى فيها الأخير إجابة صحيحة.
- **جداول تعزيز ثابتة المدة الزمنية: Fixed interval schedules of** reinforcement. وفيها يقوم المعالج بتعزيز السلوك الصحيح بعد انتهاء فترة محددة " خمس دقائق مثلا " ولا يهم هنا عدد مرات السلوك الصحيح أو متى يقوم المتعالج به وانما المهم إبداء المتعالج للسلوك المطلوب مع انتهاء الفترة المحددة ليكون مؤهلا للمكافأة أو التعزيز.
- **جداول تعزيز متغيرة المدة الزمنية: Variable interval schedules of reinforcement** حيث يعزز المعالج في هذه الجداول السلوك المرغوب خلال فترات زمنية غير ثابتة المدة.
- **جداول تعزيز متغيرة النسبة العددية: Variable – ratio schedules of reinforcement**. وهنا يعزز السلوك المرغوب على أساس معدل الاستجابات أو السلوك المطلوب.

ويجب الأخذ بعين الاعتبار عند استخدام التعزيز مراعاة الأمور التالية:

1- يكون النظر إلى المعزز من خلال آثاره: وتكون تسميته " المعزز " من خلال هذه الآثار والنتائج التي نصل إليها باستخدام المعزز.

2- **يمكن أن يكون التعزيز إيجابيا Positive reinforcement** : ولهذا إجراء يؤدي إلى الزيادة في تكرار الاستجابة التي تسبقه مباشرة. وقد يكون سلبيا Negative reinforcement ويشير إلى الانقطاع المؤقت في تلقي تأثير مثير مما يعزز تكرار الاستجابة الحاصلة مع الانقطاع. أي استجابة النفور من ذلك المثير.

3- **يخضع التعزيز لبرنامج خاص ويكون البرنامج موجها** بضرورة توفير التعزيز عند كل وقت يقوم فيه الشخص بالسلوك الذي نريد زيادته أو التوسع في تشكيله.

4- **يتأثر التعزيز بتوقيته:** وتكون مكانة التوقيت هامة مثل مكانة المعزز. ولذلك، يجب ان يلي مباشرة السلوك الذي يرغب في تعزيزه او يكون زمنيا قريبا جدا من ذلك.

5- **يمكن ان يكون التعزيز على أنواع عديدة** من أهمها: التعزيز الاجتماعي.

6- **يتصف المعزز بالفعالية النسبية:** ويتأثر ذلك بمدى وشدة الحاجة التي يمسها التعزيز.

خامسا: الانطفاء : Extinction

ويشير مفهوم الانطفاء أو الإلغاء كإجراء لتقليل السلوك أو إزالته في توقف المعالج عن تعزيز السلوك السلبي للمريض بالتجاهل في الغالب فيبدأ السلوك نتيجة لهذا بالانحسار قوة وكما حتى ينطفئ تماما من شخصية المريض.

ويجب أخذ المبدأين التاليين بعين الاعتبار عند تطبيق الانطفاء في المعالجة السلوكية وتعديل السلوك:

- أن يعمد إلى تعزيز السلوك الإيجابي المضاد للسلوك السلبي الذي يظهره المريض أثناء عملية التعديل بالانطفاء.
- إن لا يتراجع المعالج عن استعمال إجراء التعديل السلوكي المتمثل بالتجاهل غالبا في حالة ملاحظته ازدياد حدوث السلوك السلبي لدى المريض.

سادسا: التشكل التدريجي للسلوك:

يمثل هذا المفهوم أحد أهداف عملية العلاج النفسي بالطريقة السلوكية حيث يسعى المعالج إلى تشكيل سلوك جديد ومقبول يحل محل السلوك الذي يسعى إلى انطفائه أو إزالته. ويبدأ التشكيل Shaping التدريجي للسلوك بما يملكه المريض من سلوكيات مقبولة. ويستمر المعالج بتعزيز كل إضافة إيجابية على هذا السلوك تؤدي في النهاية إلى

تكوين السلوك المطلوب. وقد نادى سكنر ودعا إلى تطبيقه بإلحاح كما شارك في الدعوة إليه ولبي وجماعته (Martin & Pear, 2003).

سابعا: تكوين استجابات الإحجام:

يشير هذا المفهوم إلى تكوين تدريجي للإحجام عن سلوك ما بسبب من الألم المرافق لمثل ذلك السلوك. ويتم عن طريق تقليل او حذف المعالج لبعض المنبهات أو أجزاء السلوك تدريجيا حتى يصل إلى مرحلة يبدى فيها المريض السلوك المطلوب بمفرده دون مساعدة محسوسة.

ثامنا: التعميم :

إذا كان المثير الشرطي قادرا على إثارة الاستجابة التي أصبحت تسمى أشرا طية. فان من الممكن لما يشبه ذلك المثير أن يثير تلك الاستجابة. فإذا كان التشابه كبيرا بين المثيرين كانت الاستجابة شديدة وتضعف شدتها مع الانخفاض في درجة التشابه.

تاسعا: الاشتراط المضاد : Counter – conditioning

يتمثل الاشتراط المضاد بإحداث استجابة جديدة مقبولة ومنافسة تتدخل في انطفاء الاستجابة الاشراطية السابقة غير المقبولة وقد تحل محلها.

4: 5: منحى التعلم الاجتماعي:

عزيزي الدارس: تبرز أهمية هذا النوع من التعلم واضحة في حياتنا اليومية. لاحظ انتشار الموضة مثلا في بلادنا وأساليب المسلك والملبس والحديث بين فئات الناس. إنها أنواع من السلوك المقبولة اجتماعيا أو أنها أنماط من السلوك المنحرف فكلها أمثلة واضحة عن محاكاة تلك العملية التي يعتقد الكثير من أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي أنها ذات دور أساسي في عملية التنشئة الاجتماعية. وبعض العلماء يرى في هذه الأنماط من التعلم تعلماً بالملاحظة والتقليد. وان كثيرا من الاستجابات المعرفية والانفعالية والاجتماعية تكتسب من خلال المحاكاة والتعلم بالملاحظة. وقد لاحظ علماء النفس من أمثال تارد **Tarde** وروس **Ross** اللهفة التي يتبع بها الناس سلوك الموضة (الأزياء) والعادات الشخصية والأفكار (الكناني والكندري، 1995) وقد فسر هؤلاء العلماء التماثل في الجماعة وعدوى الجماهير بافتراض وجود غريزة المحاكاة عندهم.

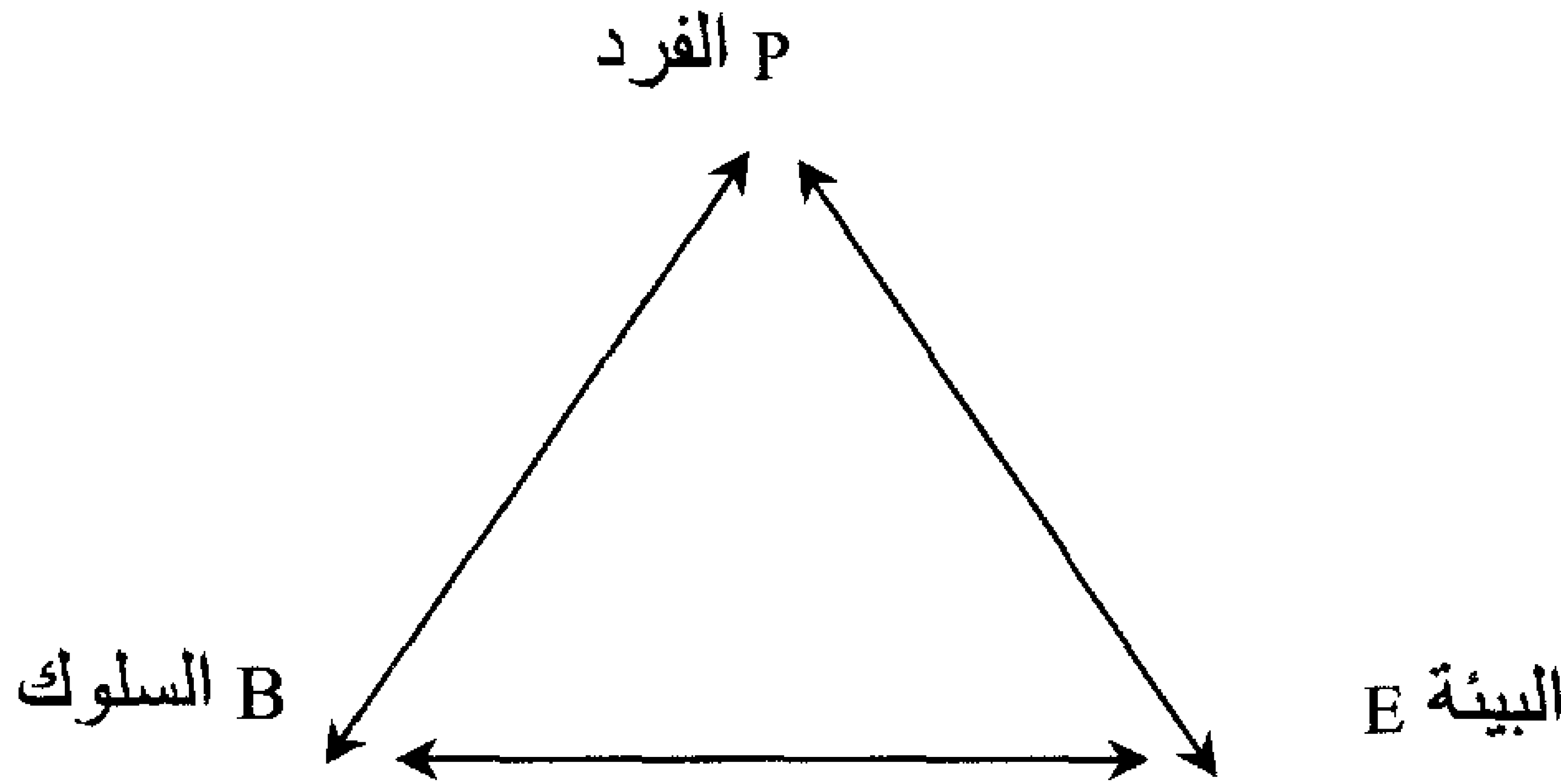
يتضمن التعلم الاجتماعي اكتساب تلك الأنماط من السلوك التي يتوقعها المجتمع ويرضى عنها. وتتغير هذه الأنماط من السلوك المقبولة اجتماعيا من ثقافة إلى أخرى. فكثير من أنماط السلوك المقبولة اجتماعيا لا تختلف من ثقافة وأخرى فحسب، وانما قد

تختلف أيضا من شخص لآخر داخل الثقافة الواحدة. وهناك فئات أو طبقات دينية أو اجتماعية متباينة في المجتمع الواحد. ولكل فرد فيه انواع معينة من السلوك لا يستطيع تخطيها. كالبوذيين في الهند مثلا.

وقد حاول باندورا دمج نموذجي الاشراط التقليدي والاشراط الاجرائي بهدف تطوير نظرية تتصف بالشمول وتشتمل على العوامل البيولوجية والبيئية والمعرفية. وتتمثل الخاصية الاساسية لهذا النموذج في ايضاح عملية التعلم من خلال ما يعرف باسم العمليات المعرفية الوسيطة.

4: 5: 2 دور التعزيز والمحاكاة في التحكم بالسلوك:

ترتكز نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا وولترز على دور التعزيز والمحاكاة في التحكم في السلوك. ودارت بحوثهما حول نمو متغيرات الشخصية عند الطفل من خلال عملية المحاكاة. وتحدثا عن عملية تعديل السلوك وتطبيقها بشكل منتظم لتغيير سلوك الفرد مستمدين أفكارهما من أعمال سكنر في التطويع الفعال. وبهذا، فإن عملية تعديل السلوك بالنسبة لهما، باعتباره فرعاً تطبيقياً من علم النفس تمثل مجموعة من الأساليب السلوكية مستمدة من سلوك المتعلم.



وتؤكد النظرية على التفاعل الحتمي المتبادل المستمر من السلوك، والمعرفة، والتأثيرات البيئية، وعلى أن السلوك الإنساني ومحدداته الشخصية والبيئية تشكل نظاماً متشابكاً من التأثيرات المتبادلة والمتفاعلة، ولا يمكن إعطاء أي من هذه المحددات الرئيسية الثلاثة أية مكانة متميزة على حساب المحددين الآخرين. لاحظ الشكل التالي الذي يوضح التأثيرات المتبادلة تلك.

حيث يشير كل من:

- B : السلوك ذو الدلالة Signifies behavior.
- P : الجوانب المعرفية والأحداث الداخلية الأخرى التي يمكن أن تؤثر على الإدراكات والأفعال.
- E : المؤثرات البيئية الخارجية The external environment.

4: 5: 3 المفاهيم والمصطلحات المستخدمة في النظرية:

استخدم باندورا في نظريته للتعلم الاجتماعي بالملاحظة عدداً من المفاهيم والمصطلحات وهي على النحو التالي (الزيات، 1996):

1- **التعلم الاجتماعي Social Learning**: يشير إلى اكتساب الفرد أو تعلمه لاستجابات أو أنماط سلوكية جديدة من خلال موقف أو إطار اجتماعي.

2- **التعلم بالملاحظة أو النمذجة Modeling or observational Leaning**: يشير إلى تعلم الاستجابات أو الأنماط السلوكية الجديدة عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين أو من خلال ملاحظة النماذج. ويسمى في هذه الحالة التعلم القائم على الاقتداء بالنموذج modeling.

3- **التنظيم أو الضبط الذاتي Self- control of self- regulation**: ويشير إلى قدرة الفرد على التنظيم أو الضبط الذاتي لسلوكه في علاقته بالمتغيرات البيئية المتدخلة في الموقف. بمعنى تكييف سلك الفرد وبنائه المعرفي وعملياته المعرفية والمتغيرات البيئية بصورة متبادلة ومتفاعلة.

4- العمليات المعرفية Cognitive process: تشير إلى التمثيل الرمزي للأفكار والصور الذهنية وعمليات الانتباه القصدي والاحتفاظ التي تتحكم في سلوك الفرد في تفاعله مع البيئة.

5- الحتمية التبادلية Reciprocal determinism: تشير إلى التفاعل الحتمي المتبادل ذي الاتجاهين بين الفرد والبيئية سببين معتمدين على بعضهما بعضاً ومتفاعلين ومنتجين للسلوك.

6- عمليات التعلم القائم على الملاحظة Process of observational learning: تتمثل هذه العمليات في أربع من المكونات المترابطة أو التي بينها علاقات بيئية. وهذه العمليات تحكم التعلم بالملاحظة وهذه العمليات هي:

أ - **عمليات الانتباه العضدي Attentional Processes** هي نوع من الانتباه القصدي أو الإرادي للنموذج الملاحظ بدقة إدراكية تمكنه من اشتقاق المعلومات أو السلوك الأساسي الذي يمكن المتعلم من الاقتداء بالنموذج أو محاكاته.

ب- **عمليات الاحتفاظ Retention Processes** هي عمليات الاحتفاظ طويل المدى أو احتفاظ في الذاكرة الطويلة المدى بالأنماط السلوكية للنموذج الذي جرت ملاحظته.

جـ- عمليات إعادة الإنتاج الحركي Motor Reproduction Processes : تشير إلى ترجمة الفرد للرموز التي جرى ترميزها وتخزينها أو الاحتفاظ بها في الذاكرة المتعلقة بالأنماط السلوكية التي صدرت عن النموذج إلى أنماطها استجابية أو سلوكية جديدة.

د - عمليات الدافعية Motivational Processes: تشير إلى كافة أشكال التعزيز الخارجية والداخلية والقوى التي تقف خلف حرص الفرد وبواعثه للاقتداء بالنموذج ومحاكاته.

4: 5: 4 الافتراضات التي تقوم عليها نظرية التعلم الاجتماعي بالملاحظة :

صاغ باندورا نظريته في التعلم الاجتماعي بناءاً على عدد من الافتراضات التي شكلت بدورها محاور أساسية للنظرية وهذه الافتراضات هي (الزيات، 1996):

الافتراض الاول: معظم أنماط التعلم الإنساني تحدث من خلال الملاحظة والتقليد والمحاكاة. ويصبح التعلم الإنساني بطيئاً وغير عملي وخطر في الوقت نفسه إذا اعتمد كلية على الخبرات المباشرة أو على ناتج سلوكنا. وبناء على هذا الافتراض فإن ملاحظة الآخرين وتقليدهم أو محاكاتهم تعد مصدراً رئيسياً وأساسياً للتعلم الإنساني.

الافتراض الثاني: التعلم الاجتماعي القائم على الملاحظة يقوم على عمليات من الانتباه القصدي بدقة تكفي لاستدخال المعلومات والرموز والاستجابات المراد تعلمها في المجال المعرفي الإدراكي للفرد.

الافتراض الثالث:تأثير عملية النمذجة أو التعلم بالملاحظة أو الاقتداء بالنموذج بعدة عوامل بعضها يرجع إلى الفرد الملاحظ وبعضها يرجع إلى النموذج الملاحظ وبعضها الآخر إلى الظروف البيئية أو المحددة الموقفية التي تتم فيها ومن خلالها عملية النمذجة. إن هذا الافتراض يشير إلى العوامل التي تتأثر بها عملية النمذجة والمرتبطة بالآتي:

أ - الفرد الملاحظ: حيث تتأثر عملية النمذجة أو التعلم بالملاحظة بكل من العمر الزمني للفرد واستعداده العقلي واتجاهات نحو النموذج وإدراكه أهمية ما يصدر عن النموذج وتقديره للقيمة العلمية والمكانة الاجتماعية له. والجاذبية الشخصية أو الإنتاج النفسي القائم على التفاعل مع النموذج.

ب- النموذج الملاحظ: بحيث تتأثر عملية النمذجة أو التعلم بالملاحظة بكل من: المكانة الاجتماعية للنموذج وما يصدر عن النموذج من أنماط استجابية مصاحبة وتأثيره الشخصي على الفرد الملاحظ ودرجة حيادة أو موضوعيته في العرض، وجنس النموذج.

جـ- الظروف البيئية للتعلم بالنمذجة: حيث تتأثر عملية النمذجة أو التعلم بالملاحظة بكل من: مدى التوافق بين القيم السائدة والمحددات الثقافية والاجتماعية والدينية والأخلاقية من ناحية وبين ما يصدر عن النموذج. وكذلك في مدى ملاءمة الظروف الموقفية التي يحدث فيها التعلم بالملاحظة من حيث الزمان والمكان والوسيلة وحجم التفاعل القائم بين الفرد الملاحظ والنموذج الملاحظ.

الافتراض الرابع: أن عمليات الاحتفاظ بسلوك النموذج وتخزينه في البعيدة الذاكرة بعيدة المدى واستيعابها وتمثيلها وترميزها وتحويلها إلى صيغ رمزية تشكل إحدى الأسس الهامة للتعلم بالملاحظة. ويشير باندورا إلى أسلوبين أو نظامين رئيسيين للتمثيل الداخلي والاحتفاظ البعيد المد للأنماط السلوكية التي تجري ملاحظتها واستعادتها وهما (Lefton & Brannon, 2003):

أ - **التخيل أو التصور الذهني Imagery** فعند ملاحظتنا للشخص النموذج يحدث نوع من الإشراط الحسي Sensory Conditioning بين ما تجري ملاحظته من أنماط سلوكية تصدر عن النموذج وبين الرموز التي تقوم عليها التخيل أو التصور الذهني. يمكن معه استرجاعها عند الحاجة. وهذا التخيل أو التصور الذهني يحدث بشكل متواتر يومياً عند مشاهدتنا لمختلف الأنشطة.

ب- **الترميز اللفظي Verbal Coding** للأحداث أو الوقائع التي لوحظت. وعندما نلاحظ النموذج فإننا نقوم بعملية الترميز للفظي لما نلاحظه النموذج لأننا نقوم بعملية الترميز اللفظي لما نلاحظه أو لما يفعله النموذج الملاحظ. وهذه الصيغ الترميزية يمكن تسميعها أو ترديدها داخلياً في وقت لاحق عندما نحاول تذكر هذه الصيغ.

5- **الافتراض الخامس:** تقوم عمليات الاستخراج الحركي للسلوك المتعلم أو ترجمة الاحتفاظ إلى سلوك أو أداء التحسن من خلال:- التسميع أو ترويد أو تصور أو تخيل السلوك موضوع التعلم بالملاحظة. و التقريب المتتابع القائم على الممارسة في اتجاه الأداء الأمثل.

6- **الافتراض السادس:** تؤثر عمليات الدافعية أو التعزيز على التعلم بالملاحظة من خلال الانتقاء الذاتي للأنماط السلوكية المعززة أو المشبعة التي تصدر عن النموذج.

7- **الافتراض السابع:** تحدث عمليات التعلم بالملاحظة بصورة فعالة ومرضية إذا كانت البواعث أو الدوافع أو التعزيزات التي يتلقاها الفرد أو يتوقع الحصول عليها أو إشباعها تترتب على الاقتداء بالنموذج أو إنتاج مثل استجاباته أو أنماطه السلوكية.

8- الافتراض الثامن: الاقتداء بالنموذج أو محاكاة الأنماط السلوكية التي تصدر عنه انتقائي تحكمه دوافع الفرد الملاحظ والتعزيزات التي يتلقاها أو يتوقع الحصول عليها نتيجة الاقتداء بالنموذج أو محاكاته.

9- الافتراض التاسع: تشكل المعرفة Cognition أساساً هاماً من الأسس التي يقوم عليها التعلم الإنساني القائم على الملاحظة.

10- الافتراض العاشر: تختلف الآثار التي ينتجها التعلم بالملاحظة باختلاف الأهداف التي يسعى المعلم إلى نمذجتها والاقتداء بها. يشير هذا الافتراض إلى تباين الآثار المترتبة على التعلم بالملاحظة حيث تتمايز هذه الآثار في ثلاثة أبعاد هي:

أ - أثر التعلم بالملاحظة Observational learnining effect

وتعني به اكتساب الفرد الملاحظ لبعض الأنماط السلوكية التي صدر عن النموذج الملاحظ أو كلها.

ب- الآثار الكيفية والآثار المانعة للكف Inhibitory- Disinhibitory effects.

تشير الآثار الكيفية إلى أنه ينتج عن التعلم بالملاحظة كف استجابي لبعض الأنماط السلوكية غير المرغوبة كبعض سلوك الخوف أو العدوان أو قضم الأظافر وغيرها بينما يقصد بالآثار المانعة لكلف منع الأسباب التي تؤدي إلى الكف الاستجابي لبعض الأنماط السلوكية من أن تؤثر على محاكاة أو تقليد النموذج لهذه الاستجابات.

جـ - أثر التيسير الاجتماعي Social facilitaion:

يشير إلى مساعدة الفرد الملاحظ على إظهار أو إبراز بعض الاستجابات القائمة لديه والموجودة في رصيده السلوكي لكنها تحتاج إلى بعض الدعم والممارسة كي تظهر.

4: 5: 5 دور التعزيز في التعلم بالملاحظة ومحاكاة النموذج:

التعزيز يسهل عملية التعلم بالنموذج وتكون الاستجابة المقلدة أكثر احتمالا لأن تبقى في النمط السلوكي اذا ما تبعت بتعزيز. ومع ذلك فان الاستجابة المقلدة تنضوي تحت النمط السلوكي لأنها قد لوحظت. وليس بسبب التعزيز. بمعن أن التعزيز يعمل كحالة دافعة في التعلم بالنموذج فقط. وأن التقليد يعد وسيلة للحصول على تقبل الآخرين دون التعرض للنتائج المؤلمة لسلوك المحاولة والخطأ الأعمى. فعن طريق تقليد شخص ذي مكانة مرموقة. فان الفرد الذي يكون أقل منه مكانة يمكن ان يتمثل مكانته هذه.

أشار باندورا (Bandura, 1977) من خلال دراساته المستفيضة التي قام بها الى الآتي:

- ان الأطفال يظهرون ميلا متزايدا لتقليد شخصي في أعقاب التفاعل السار معه.
- أن الأطفال يقلدون السلوك العدواني لرجل بالغ أكثر من تقليدهم سلوك امرأة.
- ان النماذج الحية والنماذج المتمثلة في الصور المتحركة لها التأثير نفسه في إحداث التقليد.
- ان الأطفال الذين يشاهدون نموذجا يكافأ على سلوكه العدواني يقلدون هذا السلوك أكثر مما لو كان لم يكافأ أو انه قد عوقب.
- ان النموذج الذي تكون لديه قوة تعزيزية يتم تقليده أكثر من النموذج الذي لا يملك مثل هذه القوة.
- ان الاشخاص ذوي المكانة الاجتماعية والأكفياء والأقوياء ينتزعون تقليد الآخرين لهم أكثر من النماذج التي لا تمتلك هذه الصفات.

وطبقا لنظرية باندورا فان السلوك الشاذ (أو المرضي) هو تعلم استجابات غير توافقية من خلال الملاحظة. اي ان المنظور الاجتماعي في التعلم يلاحظ عند التعامل مع الامراض النفسية – التفاعل بين الخصائص السلوكية واحداث المثير. وهو ما يساعد في تفسير واكتساب واستمرار الاستجابات اللاسوية. ويساعد في علاجها ايضا.

ازاء ذلك، فان الناس الذين يتصرفون بطرق شاذة هم في الغالب الذين يملكون حسا ضعيفا من الفاعلية الذاتية. وهم يعتقدون انه ليس بمقدورهم النجاح في أداء السلوكيات التي تتيح لهم التكيف مع الحياة اليومية. وتقودهم توقعاتهم المتدنية الى تجنب تلك المواقف تهديدا لهم. وتشعرهم بعدم القدرة على القيام بأداء ادوار جيدة.

ويمثل روتر Rutter احد منظري التعلم الاجتماعي المعرفي. الذي حاول ان يجد الربط بين اتجاهين رئيسيين هما النظرية المعرفية ونظريات التعلم في عدة جوانب. فهو من ناحية يمثل اسلوبا كلاسيكيا في التعلم يعتمد على قانون الاثر لثورندايك الذي يشير الى ان السلوكيات التي يعقبها تدعيم تميل الى التكرار بينما السلوكيات التي يعقبها الاحباط او الفشل تميل الى الانطفاء. ومن ناحية اخرى يرى ان التدعيم ومقدار ما نتعلم يرتبطان بعوامل معرفية داخلية (Slavin, 2000).

واستخدم روتر مفهومه وجهة الضبط او مركز التحكم في التدعيم Locus of control لتفسير احساس الناس بالنجاح والفشل. وقسم الناس الى(يوسف، 2001):

- **داخليين او ذوي تحكم داخلي في التدعيم Internalizers** : وهم الذين يعتقدون ان بامكانهم بذل الجهد المطلوب لأداء أية مهمة او تحقيق اي هدف سواء حصلوا على التدعيم ام لا.

- **خارجيين Externalizers** : وهم الذين ينظرون الى عملية التحكم على انها تقع خارج انفسهم. ومن ثم يلقون بفشلهم واحباطهم ونجاحاتهم على اشياء خارجية كالحظ والصدفة والاخرين. وان هؤلاء الخارجيين هم اكثر عرضة لسوء التوافق والشعور بالاحباط. وقد تتفاقم حالاتهم بحيث يصابون بالأمراض النفسية. (السيد وآخرون، 2003).

تميزت نظرية روتر للتعلم الاجتماعي عن غيرها من نظريات التعلم الأخرى بعدة ملامح من أبرزها:

أ - تؤكد النظرية على الجمع بين اتجاهات رئيسية ثلاثة هي السلوك Behavior والمعرفة Cognition والدافعية Mitivation إضافة إلى السياق الاجتماعي Social test الذي يحدث فيه التعلم.

ب- تنسحب التطبيقات العملية لنظرية التعلم الاجتماعي المعرفي لروتر على العديد من المجالات الخاصة بالتعلم والشخصية والقياس النفسي وعلم النفس الاجتماعي والصحة النفسية والعلاج السلوكي.

جـ- تعكس النظرية تأثراً واضحاً بنظريات التعلم الارتباطي القائمة على التعزيز واستخدام المعززات الإيجابية والسلبية في التنبؤ بالسلوك وأضافت مفهوم التوقع ودور المعرفة أو الإدراك القائم على الموقف المركب الذي يحدث فيه التعلم.

4: 5: 6 الافترضات الأساسية لنظرية روتر في التعلم:

صاغ روتر نظريته في التعلم الاجتماعي المعرفي بناء على عدد من الافتراضات الأساسية التي تعتبر في حد ذاتها محاور رئيسية لنظريته وهذه الافتراضات هي :(Slavin, 2000)

1- الافتراض الأول: السلوك الإنساني هو دالة لنمط التفاعل بين الفرد المدرك (أ) وبيئته المعنوية المدركة أو ذات المعنى (أ) ويترتب على ذلك النتائج التالية:

- أن الناس لا يتفاعلون مع المثيرات البيئية بصورة واحدة، وإنما تختلف أنماط تفاعلاتهم باختلاف معنى أهميتها هذه المثيرات بالنسبة لهم
- أن الإدراك Perception والمعرفة cognition من المفاهيم الأساسية في النظرية حيث يتشكل استقبال الناس لبيئاتهم وتفسير معانيها ومدلولاتها المدركة من خلال خبرات الفرد الماضية من ناحية وتوقعاته للمستقبل من ناحية أخرى.

- أن قيمة التعزيزات لا تعتمد كلية على نمط المثير الخارجي المعزز وخصائصه لكن على مضاه ودلالاته المدركة التي تحدد بالسعة المعرفية cognitive capacity كما أن الخصائص أو السمات الشخصية وحدها لا تعتبر محدداً للسلوك.

- من أن حاجات الفرد تعد إحدى محددات التنبؤ بالسلوك لكنها ليست المحدد الرئيسي للتنبؤ به. فالحاجات ليست ثابتة فهي تتغير بتغير الحالة التي يكون عليها الفرد.

2- **الافتراض الثاني**: الشخصية الإنسانية شخصية متعلمة، تنمو وتتطور وتتعدل وتتغير الأنماط السلوكية المتعلمة أو المكتسبة. ويترتب على ذلك النتائج التالية (الزيات، 1996):

- يرتبط نمو شخصية الفرد وتطورها وتغيرها بمرورها بخبرات جديدة فهي تتفاعل مع البيئة وعناصرها بشيء من الاتساق للوصول إلى صيغة للتنبؤ بالسلوك.

- تؤثر بخبرات الفرد السابقة وأنماط سلوكه المتعلمة على حد كبير على رؤيته لعناصر المجال البيئي المدرك فيشتق معاني المحددات البيئية ودلالاتها من معرفته السابقة بهذه المحددات ومدلولاتها لديه.

- يصعب فهم السلوك الإنساني أو تفسره بعيداً عن خبرات الفرد السابقة. وبذلك، فإن التنبؤ بسلوك الفرد يعتمد على فهم ردود أفعاله واستجاباته إزاء تلك الأحداث السابقة.

3- **الافتراض الثالث**: الشخصية الإنسانية وحدة أساسية تقوم على التماسك والاتساق. ويترتب على ذلك:

- أن وجهة نظر روتر تنسيق مع تصور أدلر لوحدة الشخصية الإنسانية وتتفق مع تناول كيرت ليفين في ذلك، وأن خبرات الفرد تتفاعل مع المحددات البيئية لتشكل بالتالي كلاً متحداً مدركاً.

- كما أن وحدة الشخصية نعني خاصية الثبات النسبي Relative stability وكلما تراكمت خبرات الفرد كان أقدمه على تقويم خبراته الجديدة على أساس التعزيزات السابقة التي تلقاها خلال توظيفه لهذه الخبرات في التعامل مع المحددات البيئية.

4- **الافتراض الرابع**: الدافعية موجهة للهدف. ويترتب على هذا الافتراض أن سلوك الفرد لا يكون محكوماً بدوافعه الأولية للحصول على السرور أو خفض الحافز وإنما يكون محكوماً بتوقعاته التي تحدد مدى تقدمه أهدافه الموجهة بدوافعه. وان التعزيزات التي يتلقاها الفرد هي التي تدعم تقدمه نحو أهدافه المشبعة لدوافعه.

رابعاً: المفاهيم والمصطلحات المستخدمة في النظرية:

1- إمكانية السلوك Behavior Potential : يشير مفهوم إمكانية السلوك إلى إمكانية حدوث سلوك ما في موقف معين أو في مجموعة من المواقف في علاقته بمعزز ما أو بجموعة من المعززات.

2- التوقع Expectancy : ويعرف التوقع بأنه درجة الاحتمال التي يدركها الفرد للحصول على تعزيز ما لدى قيامه بسلوك معين في موقف معين.

3- قيمة التعزيز Reinforcement Value: تشير قيمة التعزيز بأنها درجة تفضيل أي معزز أو تعزيز يمكن الحصول عليه إذا كانت احتمالات أو إمكانيات الحصول على أي منها متساوية.

4- محددات قيمة التعزيز: تتمثل محددات قيمة التعزيز بما يلي:

- إدراك الفرد للقيمة النسبية الإيجابية أو السلبية للحدث. وقد ميز روتر بين نوعي التعزيز. التعزيز الداخلي Internal Reinforcement الذي يتعلق بالقيمة الذاتية التي يخلعها الفرد وفقاً لإدراكاته الخاصة على المعزز سواء كان إيجابياً أو سلبياً والتعزيز الخارجي External Reinforcement الذي يشير إلى ما يخلعه المجتمع أو الثقافة وفقاً لمحدداته الخاصة لقيم وتأكيده على الأحداث أو الظروف أو الشروط أو الأنماط المختلفة للمعززات.
- الحاجات Needs: التي تعد من المتغيرات بالتي تؤثر يعلى قيمة العزيز فترتفع قيمة المعزز بارتفاع حاجة الفرد إليه ومن ثم تؤثر على الأهمية النسبية للمعزز والتوقعات المرتبة عليه.

5- تصنيف الحاجات Categories of needs: صنف روتر الحاجات إلى ستة تصنيفات رئيسية يمثل كل تصنيف منها مجموعة من أنماط السلوك المرتبطة وظيفياً والتي تقود إلى غاية واحدة أو إلى أنماط من التعزيزات المتماثلة. وهذه التصنيفات هي:

- حاجات التقدير Recognition Status: وتتمثل في الحاجة إلى أن يكون الفرد محل تقدير الآخرين وتحقيق مكانة اجتماعية في نظرهم.
- حاجات السيطرة Dominance: وتتمثل في التحكم في سلوك الآخرين وتحقيق القوة والميل إلى السيطرة على حياة الأصدقاء والأسرة والزملاء البارزين ومحاولة قيادتهم.
- حاجات الاستقلال Independence : وتتمثل في الحاجة إلى أن يكون الفرد بعيداً

عن سيطرة الآخرين أو تحكمهم.

- حاجات الحماية الاعتمادية Protection-Dependency وتتمثل في الحاجة إلى رعاية الآخرين للفرد والاهتمام به وإرشاده والأخذ بيده بينما يجنبه الخبرات المؤلمة أو المحبطة.
- حاجات الحب الانتماء Love and Affection: وتتمثل في الحاجة إلى تقبل الآخرين للفرد بانتمائه لهم. وكذلك الحاجة إلى الحب والعطف والاهتمام والتأثير الوجداني في الآخرين والتأثر بهم وجدانياً وعاطفياً.
- حاجات الراحة الجسمية أو البدنية Physical Comfort : وتتمثل في الحاجة إلى الراحة الجسمية أو البدنية وحاجات الطعام الجيد والصحة الجيدة والأمن النفسي والسلامة وحفظ النوع.

7- الموقف النفسي Psychological Situation يشير الموقف النفسي إلى المجال النفسي الذي يجمع بين العوامل الداخلية والعوامل الخارجية التي يستجيب لها الفرد أو التي تشكل مجاله النفسي Psychological لحظة الاستجابة والتي هي انعكسا للتفاعل بين الفرد وبين البيئة ذات المعنى.

4: 6: المنحى الوجودي Existential approach:

اكدت المدرسة الوجودية وهي فلسفة للوجود الانساني على امرين هامين:

- الوعي بوجودنا وهو الوعي الذي يقود الى الاعتراف بأننا ندمر ونوقف هذا الوجود. والذي يمكن ان يشمل الموت. او يكون اقل من ذلك عندما تفقد حياتنا اتجاهها ومعناها. وعندما نشعر بالعزلة الشخصية.

- التأكيد على اننا كبشر احرار في عمل اختياراتنا ومن ثم نكون مسؤولين عن اتخاذ القرارات التي يكون لها على المدى الطويل مترتبات على وجودنا (Holms, 2001)

وقد ظهر الاتجاه الوجودي كحركة في علم النفس والعلاج النفسي خلال حركات المقاومة زمن الحرب العالمية الثانية والفلسفات المبكرة لسارتر وهيدجر وكيركيجار. والذي يعارض بشدة النظرة الى الانسان وتقسيمه من الداخل (انقسام الذات على نفسها) ومن الخارج (اخطاء تصور العلاقة بين الاشخاص وبين الاشخاص والعالم).

حاولت الوجودية فهم الناس ومساعدتهم على فهم انفسهم عن طريق تحدي الفجوة الضمنية بين الشخص والشخص وبين الشخص والموضوعوينظر الى الصعوبات التي يواجهها الاشخاص باعتبار انها ترتبط ارتباطا مباشرا بهذه الفجوة الضمنية. وترى الوجودية ان الانسان يجب ان يفهم بوصفه وجودا بالمعنى الحرفي للوجود

Existence وان البشر يقفون في علاقة توهم بالتناقض مع عالم الطبيعة. فهم من العالم ويشاركون مشاركة داخلية متشابكة معه

ويرى الوجوديون القلق ينبع من وعينا باحتمال انتهاء او انقطاع وجودنا. ومن عدم قدرتنا او مسؤوليتنا على اتخاذ القرارات التي يكون لهاعلى المدى الطويل مترتبات على وجودنا (Holms, 2003).

4: 7: المنحى الجشطالتي:

4: 7: 1 فريدريك بيرلز Frederick Perls:

يعد بيرلز Perlys أحد مؤسسي العلاج الجشطالتي ضمن مجموعة من علماء نفس الجشطالت أمثال رالف هيفرلاين Ralph hefferline وبول جودمان Paul goodman وتقوم هذه الطريقة العلاجية على مساعدة المرضى النفسيين على ان يتبينوا بأنفسهم انهم ليسوا في حاجة الى الاعتماد على الآخرين. والعمل على ان يكونوا استقلاليين. حتى يتمكنوا من ازالة السدود التي تحول بينهم وبين أن يكونوا بحق أنفسهم (Kendall & Harmmen, 1998).

4: 7: 2 طبيعة الانسان:

يرى بيرلز ان أي كائن حي له اعضاء وتنظيم معين وانضباط داخلي. والكائن بطبعه ليس مستقلا عن بيئته. فكل كائن يحتاج لبيئة معينة كي يتناول المواد الاساسية. فنحن جميعا نحتاج الى البيئة الفيزيائية من اجل تبادل الهواء والطعام..الخ. كما نحتاج للبيئة الاجتماعية من اجل تبادل الصداقة والحب والغضب. ونحن (ككائن انساني) نعمل في تناسق متناهي في التعقيد بين كل اجزاء الجسم التي تتفاعل مع بعضها البعض لتكون الكائن.

ويرى بيرلز ان الشخص يمثل ببساطة جهازا في حالة توازن، وعليه أن يقوم بوظائفه على نحو سليم.وتعادل خبرة عدم التوازن على انها حاجة لتصحيح عدم التوازن هذا والموقف الكثر اهمية هو الذي يتحكم في توجيه السلوك. ونحن بهذا. نصل الى اهم واطرف ظاهرة في علم الامراض النفسية كله وهي الانضباط الذاتي. في مقابل الانضباط الخاجري. ويشير بيرلز في هذا الصدد ان الوعي في حد ذاته يمكن ان يكون شافيا. ذلك لأننا بالوعي الكامل تصبح واعيا بهذا الانضباط الذاتي. ونقيض هذا هو مجال الأمراض النفسية (Nevid, et al. 2003) .

تقوم نظرية بيرلز للتفاعل الاجتماعي على الظاهراتية (يعني مصطلح الظاهراتية Phenomenology الشيء كما يظهر لنا) لتعني تركيز الاهتمام على الإدراك الحالي.

فإذا أردنا تعديل سلوك ما فلا بد وأن نغير الإدراك الذي يحكم هذا السلوك. وتتلخص نظرة بيرلز للانسان بالنقاط الرئيسية التالية (Thompson, et al.;2006):

- الانسان كل لا يتجزأ، فهو ليس مجموعة أجهزة بل كل متكامل، ولا يمكن فهم الأجزاء خارج اطار الشخص كله.
- الاهتمام بالحاضر والمستقبل بدلا من الاتجاه للماضي وتحليلاته.
- الجانبان العقلي والجسمي ليسا مستقلين. وليسا بعيدين عن الانسان او بعيدا احدهما عن الآخر.
- حرية الانسان. فالإنسان لا يمارس إنسانيته إلا إذا مارس حريته اختيارا في تحمل منه لمسؤولية هذا الاختيار. فإذا لم يفعل ذلك يهبط الى منزلة الأشياء ويكون العصاب.
- السلوك الكلي ليس محكوما بعناصره الفردية. وحيثما تكون العمليات جزئية فهي محكومة بالطبيعة الداخلية للكل.
- العلاقة الوثيقة بين الكائن والبيئة التي يعيش فيها.
- الكائنات الانسانية كائنات موحدة وتعمل ككل. فالكائن السليم هو الذي يشعر ويفكر ويعمل معا.
- الكائنات الانسانية مسؤولة عن انفسها وحياتها وعيشها. وهي حرة وتمتلك امكانيات التغيير.
- كل انسان له هدف فطري واحد هو تحقيق ذاته كما هي.
- النشاط العقلي نشاط كلي يتم انجازه بطاقة اقل من الانشطة البدنية
- يتصف الانسان بالوعي فهو قادر على وعي احاسيسه وعواطفه ومدركاته

4: 7: 3 نظرية الارشاد والعلاج النفسي:

تقوم الطريقة الجشطالتية في العلاج النفسي على مبدأين أساسيين هما (Trull & Phares, 2004):

- المبدأ الكلي : The Holistic Principle الذي يقرر أن كل شخص هو كل منظم
- المبدأ الجدلي للنقائض : The Dialectic Principle of Opposites والذي يتضمن مبدأ التوازن The Homeostasis.

ذلك أن خبرة الشعور أو الإحساس بالحاجة تؤدي إلى عدم التوازن في الكائن الحي. ويستجيب الكائن الحي لذلك ككل في محاولة لاستعادة التوازن بإشباعه للحاجة.

وتبعا للنصوص او المصطلحات الجشطالتية تظهر الحاجة نتيجة للخبرة وتصبح هي الشكل. وينشغل الكائن في سلوك حسي وحركي في تفاعله مع بيئته من اجل الحصول على إشباع للحاجة. وعند إشباعها واكتمال الجشطالت يتلاشى او ينصرف تاركا الكائن مستعدا لظهور حاجة أخرى سائدة. وعملية الوعي او المعرفة المستمرة بالحاجات التي تظهر تسبب عدم التوازن. وتستتبع اتصالا عدوانيا بالبيئة. وإشباعا للحاجة عن طريق الاستيعاب من البيئة وتحقيق توازن وقتي يؤدي من ثم الى تطور ونمو

رفض بيرز فكرة ان البشر يسلكون جبريا وانهم تحكمهم عوامل خارجية او داخلية. ويرى ان الانسان كائن متحد يؤدي وظائفه ككل متسق. وهو كائن كلي يشعر ويفكر ويتصرف، ويحيا بالمحافظة على نوع من التوازن بين رغبات الذات والاشياء الواجبة او المفروضة الخاصة بصورة الذات.

هذا وقام باسونز **Passons** بتقسيم المشكلات التي يعايشها الافراد الى ستة مجالات هي(يوسف، 2001):

- **نقص الوعي**: ويرتبط بالاشخاص الذين لديهم شخصيات متشددة. ويتحركون عبر الحياة من يوم الى يوم مع شعور قاس بعدم الانجاز.
- **نقص المسؤولية الذاتية**: وهو يرتبط بنقص الوعي. ولكنه يأخذ صورة محاولة التحكم في البيئة بدلا من الذات. وبدلا من التطلع نحو الاستقلالية او الكفاية الذاتية والتي تعتبر علامة مميزة للنضج. فان الشخص يتطلع الى البقاء في موقف الاعتماد.
- **فقدان الاتصال مع البيئة**: وهو يرتبط بنقص الوعي. بحيث تأخذ صورتين: الاولى حيث يكون الفرد متشددا في سلوكه بحيث يقبل اي جوانب من البيئة. ومن ثم ينسحب من الاتصال بالبيئة بما فيها الاخرون من البشر. والثانية أنه يحتاج الى كثير من الموافقة بحيث يفقد ذاته في محاولة استدماج كل شيء وتصبح الذات مستبدلة الى حد كبير بصورة الذات.
- **عدم القدرة على اكمال الجشطالت**: يمكن للشخص ان يتحمل بدرجة ما الاعمال غير المكتملة. ولكن اذا اصبحت ذات قوة كبيرة فانها تؤدي الى متاعب والى سلوك قهري.
- **ترك الحاجات**: يحدث هذا الاضطراب عندما يتصرف فرد ما لانكار واحدة من حاجاته. فكثير من الناس يترك حاجته للعدوان مسايرة للمجتمع.
- **الابعاد المقسمة للذات**: وهي تأخذ صورة اشخاص يدركون أنفسهم على طرف واحد فقط من تدرج ممكن مثل قوي، او ضعيف. مؤثر، او عديم التأثير.

5: أساليب التشخيص والعلاج:

5: 1 المقدمة:

يدرس المريض المضطرب نفسيا عن طريق مقابلات تتم معه، ومع آسرته، ثم بالفحص النفسي والتقارير المعملية والدراسات الاجتماعية التي تجرى له. بحيث يسهم كل جانب من هؤلاء في إعطاء صورة واضحة عن خلفية المرض. ويعد الأخصائي الاجتماعي عن طريق المقابلات التي يجريها مع المريض واسرته والزيارات الميدانية تقاريره التي تشتمل على : تاريخ حياة المريض والذي يشمل على خطوات نموه وإنجازاته المدرسية وتوافقاته الاجتماعية والزواجية وخبرات العمل والحالة الاقتصادية والعوامل الأخرى المتعلقة بالحالة.

كما يقوم الطبيب بالفحوص الجسمية والنيرولوجية من اجل تحديد العوامل العضوية التي قد تكون سببا في إحداث حالته المرضية هذه. فيقوم بالدراسة المعملية المستفيضة حول الأمراض الحادة والطويلة في طفولته أو إصابات الدماغ أو النخاع الشوكي أو الاضطرابات المعوية المستمرة او الصداع او الإبصار المشوش أو الاضطرابات الغدية.

أما الأخصائي النفسي فيقوم بإجراء المقابلات مع المريض ويطبق عددا من الاختبارات النفسية والعقلية عليه ويستخلص النتائج التي تساعده فيما بعد على تقييم قدراته وديناميات شخصيته. ويدرس الطبيب لنفسي حالة المريض النفسية وعلاقتها بكل النتائج التي توصل اليها القائمون على إجراءات العملية العلاجية. حيث تقع عليه مسؤولية تشخيص الحالة المرضية للمرض ومعالجته في ضوء النتائج التي توصل إليها جميع العاملين في العملية العلاجية.

5: 2 أساليب التشخيص:

5: 2: 1 المعلومات اللازمة لتشخيص الاضطرابات النفسية:

يمكن الحصول على المعلومات اللازمة للارشاد والعلاج النفسي من اطراف عديدة لهم علاقة مباشرة او غير مباشرة بالعملية الارشادية. فالمسترشد هو المصدر الرئيسي للمعلومات وهو الاقدر على وصف مشاعره وعرض مشكلته خاصة اذا تعلق الامر بالمعلومات ذات الخصوصية التي يتضمنها محتوى مفهوم الذات والتي لا يستطيع احد غيره تزويد المعالج بها. وعلى المعالج ان يأخذ بعين الاعتبار للطريقة التي يمكنه الحصول على المعلومات من المسترشد دون اية ضغوط عليه. وان يقدم كل المعلومات اللازمة للعملية الارشادية برضاه.

ويمكن للمعالج النفسي الحصول على المعلومات اللازمة للعملية الارشادية من الوالدين وهما يمثلان مصدرا رئيسيت من مصادر الحصول على المعلومات كونهما

عايشا حياة المسترشد منذ ولادته وتابعا العوامل التي اثرت في بناء شخصيته سلبا او ايجابا (ملحم، 2011).

ولا شك بان الاخوة والاقارب مصادر مفيدة كذلك للحصول على معلومات وفيرة عن المسترشد فهم يعيشون معه ويؤثرون فيه ويعرفون عنه الكثير وربما كانوا سببا في ظهور مشكلاته. ويمكن للمعالج النفسي الحصول على المعلومات المتخصصة من الاختصاصيين الاخرين الذين تعاملوا او يتعاملون مع المريض وقدموا له الخدمات النفسية والاجتماعية اللازمة. ومن هؤلاء: الاخصائي الاجتماعي، الاخصائي النفسي، الطبيب،.. وغيرهم. واثناء سير عملية العلاج من قبل المعالج النفسي، فلربما يحتاج الى مزيد من المعلومات يتوجب عليه الاتصال بمصادر أخرى لها علاقة وثيقة بالحالة. كالسجلات الخاصة بالمريض ومذكراته الشخصية. واية وثائق يمكن الاستفادة منها في دراسة الحالة.

أولا: شروط عملية جمع المعلومات:

على المعالج النفسي الذي يسعى للحصول على اكبر قدر من المعلومات عن الحالة - موضوع دراسته - الالتزام بما يلي:

- **سرية المعلومات:** وهو ما يجب تأكيده للمريض ليتمكن من التحدث بحرية واطمئنان ودون خوف او وجل من المعلومات التي يمكن منحها للمرشد سوف لن تصل الى طرف آخر.
- **الدقة والموضوعية:** الدقة والموضوعية هي اساس العمل الارشادي. وعلى المعالج ان يتوخى الدقة والموضوعية وعدم التحيز او المبالغة في المعلومات التي يقوم بجمعها حتى يتمكن من التشخيص الدقيق للحالة موضوع الدراسة وملاحظة مدى التغير الذي طرأ ويطرأ على الحالة موضوع الدراسة.
- **الصدق والثبات:** وهذا يؤكد بأن المعلومات التي يتم الحصول عليها يجب ان تعبر فعلا عما تعنيه من دلالة على سلوك الحالة وعدم تغير المعلومات بسرعة بين جلسة وأخرى
- **التكرار:** ان المعلومات السلوكية الهامة هي التي تتسم بالتكرار؛ اي عدد مرات حدوث السلوك والاستمرار وتعني كم من الوقت مضى على حدوث السلوك آخر مرة. وعلى المعالج النفسي التؤكد من تكرار السلوك واستمراره لدى الحالة حتى يبدأ عمله الارشادي. فالسلوك العارض المؤقت ليست له اهمية بالنسبة لتشخيص الحالة.
- **التشخيص:**ونعني به تحديد العوامل المسببة والاعراض بدقة في ضوء دليل الفحص ودراسة الحالة.

- **التراكمية**: وتشير الى الاهتمام بالمعلومات الطولية فحياة المسترشد وحدة متصلة مستمرة. وسلوكه الحاضر له جذوره في الماضي ويؤدي الى سلوكه في المستقبل.
- **التأكد**: وعلى المعالج النفسي التأكد من توافر الادلة الكاملة للسلوك المرضي عند المسترشد وصدقها. والاهتمام بالمظاهر المرضية الدائمة طويلة المدى التي تؤثر في سلوك المسترشد وعلى حياته.
- **الاعتدال**: تشير الى عدم التورط في خطأ التعميم السريع او غير المحدود. وعدم الافراط كذلك في تطبيق القواعد العامة على حالة المسترشد الخاصة.مع مراعاة الفروق الفردية بعين الاعتبار.
- **تجنب اثر الهالة**: اي تجنب اثر الفكرة العامة عن المسترشد او الفكرة السابقة عنه او صفة مميزة له عند تشخيص حالته او ارشاده.
- **تقييم المعلومات**: وعلى المعالج النفسي تقييم المعلومات التي يتم الحصول عليها وتحديد ما اذا كانت تلك المعلومات تمثل حقائق واقعية او انها مجرد احتمالات وان يتوخى الحيطة في سلامة الحكم والتقدير.
- **تنظيم المعلومات**: بعد ان يتم الحصول على المعلومات الكافية للبدء بالعملية الارشادية من قبل المعالج فان عليه القيام بتنظيم تلك المعلومات وربطها بعضها ببعض وتفسيرها متوخيا الدقة والموضوعية. وان يقوم كذلك بتلخيص المعلومات من اجل ابراز الحالة التي يعاني منها المسترشد
- **المعلومات وسيلة وليست غاية**:ان المعلومات التي يسعى المعالج النفسي الحصول عليها عن الحالة انما هي وسيلة للقيام بالعمل الارشاد والسعي لحل مشكلات المسترشد وليست غاية في حد ذاتها.

ثانيا: تنظيم المعلومات وتحليلها:

لتحقيق إجراءات الدراسة التي يقوم بها المعالجون النفسيون عادة. فإنه يلزم القيام بجمع بيانات عن الدراسة وتحليلها بشكل دقيق وشامل. ومن الأهمية بمكان أن يعرف المعالج النفسي طريقة معالجته للبيانات التي يتم جمعها بحيث يمكنه استخلاص مؤشرات نافعة تفيده في تأييد صحة فرضياته أو دحضها. ومن هنا يأتي علم الإحصاء بشقيه الوصفي والتحليلي أو الاستدلالي ليزود المعالج النفسي بأنجح الطرق وأدقها في تحليل وتفسير بياناته.

5: 2: 2 أسلوب الملاحظة:

تعد الملاحظة الخطوة الأولى في تشخيص الاضطرابات النفسية ووسيلة يستخدمها الإنسان العادي في اكتسابه لخبراته ومعلوماته حيث نجمع خبراتنا من خلال ما نشاهده

أو نسمع عنه، وهي من الألفاظ التي يصعب تعريفها بدقة لأن أي تعريف لها يتضمن الكلمة نفسها أو كلمة مرادفة لها. إلا أنه يمكن الإشارة إلى الملاحظة بمعناها العام بالقول بأنها: توجيه الحواس لمشاهدة ومراقبة سلوك معين أو ظاهرة معينة وتسجيل جوانب ذلك السلوك أو خصائصه. وبالتالي فان الملاحظة هي **الانتباه إلى ظاهرة أو حادثة معينة أو شيء ما بهدف الكشف عن أسبابها وقوانينها.**

وعند استخدامك للملاحظة، فانه لابد أن تأخذ بعين الاعتبار العوامل التالية من أجل الحصول على بيانات تفيدك في جمع بياناتك.(Rummel & Ballaine,2003) :

- احصل على معلومات مسبقة عن الشيء الذي تود مشاهدته،وعليك كباحث أن تقرر مسبقا الجوانب التي عليك ملاحظتها والظواهر التي تستحق التسجيل.
- اختبر الأهداف العامة والمحددة التي تحتاج إلى البحث بحيث تملي عليك الظواهر التي يجب ملاحظتها، ذلك أن صياغتك للبحث وإدراج العناصر المحددة له تملي عليك كباحث الجوانب الواجب ملاحظتها، وتفرض عليك أيضا بعض الضوابط مما يتيح لك مجال الحصول على بيانات أكثر دقة ووضوحاالأغراض دراستك.
- اعتمد طريقة محددة لتسجيل النتائج: ومن الأهمية بمكان تحديد الوحدات الإحصائية والبيانية التي ستستخدم في تسجيل نتائج المشاهدات. وإن وضع برنامج محدد أو قائمة محددة بالأمور التي يجب ملاحظتها وكيفية إثباته سوف يساعد بالضرورة في الانتهاء من عملية تسجيل البيانات بسرعة وبكفاءة وبأقل كمية من الكتابة.
- استعمل الملاحظة المنظمة بتخصيصك وقتا معينا خارج عملك اليومي من أجل ملاحظة نمط سلوكي محدد يقوم به التلاميذ هو موضوع دراستك. أعد ملاحظة السلوك للتلميذ - موضوع دراستك - للتأكد من دقة المعلومات التي حصلت عليها في ملاحظتك السابقة.
- نظم مواقف سلوكية اختيارية للتحقق من دقة الحكم على سلوك تلميذ بواسطة الملاحظة الاجتهادية.
- ركز على سلوك محدد في وقت واحد حتى تكون قادرا على إصدار حكم عادل على نوعية سلوك التلميذ بشكل قريب من الواقع.
- كن موضوعيا في ملاحظتك وابتعد عن العواطف الشخصية التي قد تؤثر على نوعية وكيفية حكمك على سلوك التلميذ.

- صنف وحدة المعلومات: ومن الضروري تسجيل البيانات بشكل وصفي ومن ثم تدوين بعض التفسيرات لها في نفس وقت حدوثها. وعلى سبيل المثال فقد يلجأ بعض الباحثين إلى إعداد قائمة (رسم بياني) ذات محورين يسجلون على أحد محوريها نوع السلوك وعلى المحور الآخر ملاحظات وصفية أو تفسيرات لها بحيث يتمكن الباحث من تسجيل بيانات كثيرة قد يصعب جمعها بدونه.

- لاحظ بعناية وبشكل متفحص : وعندما تذهب للقيام بعملية الملاحظة وبعد أن تكون فكرت مليا في جميع جوانب مشكلة البحث، ووضعت أسلوبا لتسجيل البيانات الإحصائية، وقمت بالتركيز على الجوانب التي تثير اهتمامك، فإنك بالتأكيد سوف تحصل على معلومات موثوقة ودقيقة بشكل أفضل.

- رتب الظواهر بشكل مستقل : خاصة في الحالات التي تقوم بها بملاحظة أمور وصفية. وعليك أن تميز في تصنيفك كل مجموعة أو صفة عن الأخرى وخاصة عند إعطائك أوزانا متفاوتة لكل واحدة منها. لاحظ أن كثيرا من الباحثين يخلطون بين تقييمهم لصفة يشاهدونها بأخرى ولا يقيمون الصفات المختلفة بشكل مستقل.

- استخدام وسائل تقنية خلال ملاحظتك مثل: القوائم، مقاييس التقدير، السجلات النفسية، وجداول المشاركة البيانية.

- تدرب جيدا على الوسائل التقنية التي تنوي استخدامها في ملاحظتك

5: 2: 3 أسلوب المقابلة

المقابلة أداة هامة للحصول على المعلومات من خلال مصادرها البشرية، وهي تتكون في أبسط صورها من مجموعة من الأسئلة أو البنود التي يقوم الباحث بإعدادها وطرحها على الشخص موضوع البحث ثم يقوم الباحث بعد ذلك بتسجيل البيانات. وتعرف **المقابلة بأنها علاقة دينامية، وتبادل لفظي بين شخصين أو أكثر.**

وقد حدد الأخصائيون النفسيون شرطين رئيسين للمقابلة هما الأمانة والموضوعية ويؤكدون بأن المقابلة يجب أن ترتكز على عطاء فني وثقة متبادلة بين الاختصاصي والمريض. ويسودها روح الصدق والأمانة والمودة. وعلى الاختصاصي إبراز مشاعره في المقابلة، لا سيما في الحالات التي تستدعي تعاطفا مع العميل تاركا له حرية التعبير. وبهذا فان أهمية المقابلة تكمن في جمع البيانات والفهم المتكامل لشخصية المريض أيا كان هدف المقابلة تشخيصيا كان أم علاجيا، مما جعل علماء النفس يهتمون بشكل أكبر بمدى ثبات المقابلة خاصة التشخيصية منها في تقييم المرضى النفسيين(ملحم، 2011). حيث أثبتت الدراسات في هذا الصدد أن هناك قدرا لا بأس به من ثبات المقابلة حيث

بلغت نسب ثبات المقابلات الإكلينيكية التي يجريها الأخصائيون النفسيون والمعالجون النفسيون عادة للمرضى النفسيين أكثر من 80 %Schwartz)، (2003.

تختلف أهداف المقابلة باختلاف الغاية التي تستهدف المقابلة إلى تحقيقها في نهاية المطاف، ويتضح ذلك من الأنواع المختلفة للمقابلة؛ فلكل نوع هدفه وغرضه المحدد وغايات يحاول المقابلون الوصول إليه.

إن حصولك كمعالج نفسي على معلومات جيدة من المريض يتوقف على الأسلوب الذي تستعمله في المقابلة ومدى تجاوب المريض معك، وتعتبر فكرة تشكيل أو بناء المقابلة القاعدة الأساسية في بدء عملية المقابلة الناجحة. وقد اختلف الاختصاصيون في مجال العلوم الإنسانية في تشكيل أولويات المقابلة، لكنهم يتفقون حول البنود الرئيسية التالية كمرحلة أولى في الإعداد الجيد للمقابلة وتشكيلها:

- تحديد مكان وزمان وتاريخ المقابلة.
- تحديد أهداف المقابلة وأغراضها.
- تحديد الأسئلة ونوعيتها وضمان السرية للإجابات.
- ضمان الجو المريح والحر والخاص لجلسة المقابلة بين المقابل والمستجيب.
- ملاحظة السلوك وردود الأفعال والدفاعات والاستعداد المسبق للتغلب عليها ورسم استراتيجياتها واحتوائها.
- الملاحظة المركزة على مظاهر السلوك المختلفة من قبل المستجيب.

وحتى تكون المقابلة ناجحة فانه يتعين عليك كباحث أن تحدد الأفراد الذين سوف تجري المقابلة معهم، وتقوم بالترتيبات اللازمة لإجراء المقابلةمن حيث زمان ومكان المقابلة بحيث يتناسبان مع ظروف الأشخاص الذين تجري مقابلتهم. وضع خطة واضحة ومحددة للمقابلة تتضمن الأسئلة التي سوف تطرحها. وتقوم بإجراء تجارب تمهيدية للمقابلة قبل تنفيذها، وتتدرب على أساليب المقابلة المختلفة. والتأكد من صحة المعلومات التي تحصل عليها. وتحضر سجلاً مكتوباً عن نتيجة المقابلة بأسرع وقت ممكن (ملحم، 2011)

5: 2: 4 التجريب في العلاج النفسي:

التجريب طريقة لازمة في بحث موضوعات العلاج النفسي من أجل الكشف عن حالات المرض النفسي وأعراضها، وتوفير فرص الملاحظة العلمية المنظمة وإجراء المقابلات المتخصصة الهادفة. بحيث لا يتوقف عند حدود المختبر المتخصص في

الكشف عن الحالات المرضية فحسب. وإنما يمتد ليشمل مواقع متعددة كالمستشفيات، ودور الرعاية الاجتماعية، والمؤسسات التربوية وميادين العمل المتنوعة، أو أي مكان تتاح فيه الشروط التجريبية المعنية. (Davison & Neale ،2004).

2: 5 الاختبارات والمقاييس النفسية المقننة في العلاج النفسي:

يستخدم المعالجون النفسيون العديد من الاختبارات والمقاييس النفسية المقننة في مجال القياسي النفسي. وهي تؤدي أغراضاً متعددة في مجال قياس الشخصية والتعرف على قدرات واستعدادات الفرد والوظائف النفسية المختلفة. بحيث تساعد المعالجين النفسيين والعاملين في مجال العلاج النفسي على تبني طرائق معينة في بناء مقاييس وأساليب جديدة تخدم أغراض العلاج النفسي وتطوره.(Holms ،1200). كما تعتبر وسائل ضرورية في إجراءات التشخيص والعلاج النفسي والمتابعة. ومنطلقاً وحكماً على صحة التشخيص وجدواه. (Scully، et al ،2000).

وعلى المعالج النفسي ان ينظر بعين الاعتبار الى نقاط رئيسية ثلاث هي:

- **الاختبار من حيث هو عينة للمنبهات:** فالاختبار بحد ذاته يمثل عدة اسئلة او مشكلات او مواقف معينة يتم تنظيمها بطريقة اصطناعية لاثارة انواع معينة من الاستجابات من الافراد الذين يجري عليهم الاختبار. وحتى يكون الاختبار مفيدا، فانه يجب ان يكون لجميع مواد الاختبار نفس المعنى لدى جميع المفحوصين. وان يكون قادرا على اثارة الاستجابات المتعلقة بالقدرات المطلوب قياسها.

- **الاختبار من حيث هو عينة لقدرة معينة:** ويجب ان ينظر الى استجابات الفرد عن اي اختبار على انها عينة واحدة لعدة طرق كثيرة يمكن ان يعبر بها عن قدرة معينة. وان طبيعة الموضوعات التي يتضمنها الاختبار هي التي تحدد طبيعة القدرات المطلوبة.

- **الاختبار من حيث هو عينة لقدرة الفرد:** ان استجابات الفرد على الاختبار ليست الا عينة واحدة من عدة طرق كثيرة يمكن ان يعبر بها الفرد عن قدرته. وان دقة اي استنتاج يمكن الوصول اليه من نتائج الاختبار تتوقف على دقة تمثيل استجابات الفرد للاختبار لقدرة الفرد.

- **التنبؤ بالفشل او النجاح:** تستطيع الاختبارات ان تتنبأ بفشل الفرد او نجاحه في العمل. فكثير من الاعمال يتطلب قدرا أدنى من قدرة او عدة قدرات معينة. ويمكن استخدام الاختبارات كذلك للتأكد من عدم وجود الحد الادنى المطلوب من هذه القدرات. بحيث يمكن التنبؤ بدرجة جيدة بفشل الفرد او نجاحه في العمل.

5: 2: 6 أساليب دراسة الحالة

يمثل الشخص حالة متكاملة تبدو من خلال الحاضر وطموحات المستقبل، كما تبدو من خلال حياة الماضي بكل الشروط والأحداث التي أحاطت بها. والعاملون في ميدان العلاج النفسي، يقومون باستقبال مرضاهم الذين يبدو عليهم أعراض الاضطراب النفسي الذي يتعامل معه العاملون في ميدان العلاج النفسي من حيث كونه تكوين فريد من نوعه، تفاعلت معه شروط كثيرة ومتنوعة، يقوم المعالج بدراسة هذا التكوين الفرد لحالة متفردة، تحوي كل أنماط السلوك والإمكانات بحيث يكتشف فيها مؤثرات حدثت في الماضي، لتصبح هذه المؤثرات بعد ذلك أساس العمل العلاجي، وعماده الرئيسي. (Holms, 2001).

وتقدم دراسة الحالة خدمات كثيرة في تقدم العلاج النفسي باعتبارها مصدراً خصباً للكثير من المعارف التي يعتمدها العاملون في ميدان العلاج النفسي في عملهم.

وقد برزت أهمية دراسة الحالة في مجالات الخدمة الاجتماعية وبرامج العلاج النفسي والطبي والإدارة والاقتصاد وغيرها من العلوم التطبيقية والإنسانية وظهرت نماذج عديدة من أساليب دراسة الحالة خاصة فيما يتعلق منها بالارشاد والعلاج النفسي. ومع ذلك فقد اتفق غالبية الباحثين على ان دراسة الحالة تهدف الى الإحاطة بتفاصيل الحالة بشتى المجالات الشخصية والحياتية للحالة. كما ثبت جدواها باعتبارها المجال الذي يتيح للأخصائي جمع اكبر قدر ممكن من المعلومات الدقيقة والواضحة حتى يتمكن من اتخاذ قراراته وإصدار حكم نحو الحالة.

يحتوى نموذج الحالة على تفصيلات يستقيها المعالج من مصادر متعددة من أهمها الحالة نفسها كطبيعة المشكلة مثلا وظروفها ومشاعر صاحبها واتجاهاته ورغباته وإحاطاته. والوالدان والآسرة أو رفاق العمل أو المدرسة أو المؤسسة التي تنتمي إليها الحالة. والتطبيق الميداني لعدد من الاختبارات النفسية والعقلية والتي تكشف قدرات الحالة العقلية وسماتها الشخصية ومهاراتها وميولها المهنية. وكذلك الطبيب المختص حيث يقوم بتزويد المعالج بتفاصيل عن الحالة الصحية والجسدية واصابات الدماغ للحالة. والأخصائي النفسي الذي يقوم بتشخيص الحالة وتطبيق الاختبارات العقلية والنفسية على الحالة. والأخصائي الاجتماعي الذي يقدم معلوماته عن تاريخ الحالة الاجتماعي وظروفها المالية والثقافية والمشكلات التي تعاني منها الحالة ومدى تأثيرها على الحالة.

5: 2: 7 الفحص الطبي:

يتميز الاضطراب النفسي دائما بتغيرات تشمل كل أجزاء جسم المريض. مما يستدعي القيام بإجراءات الفحص الطبي له. وعلي الرغم من ان هذا الفحص قد يقوم به الطبيب النفسي إلا انه من المتبع غالبا ان يقوم به طبيب آخر. فيسجل تاريخا طبيا عاما

للمريض ويفحص مدى قيام الأجهزة المتعددة في الجسم بوظائفها بواسطة الفحص المباشر والدراسات المعملية المرافقة لها لنرى فيما إذا كانت هناك عوامل جسمية ساعدت في خلق المرض النفسي الحالي للمريض. (Brannon & Feist, 2004)

أولا: الفحص النير ولوجي :

هذا، ويمكن إجراء الفحص النير ولوجي كجزء من الدراسة الطبية. ولكن يجب ان يقوم به أخصائي نير ولوجي إذا كان اضطراب السلوك يوحي بإمكانية وجود خلل في الدماغ أو في النخاع الشوكي خاصة في حالات وجود تلف بالدماغ نتيجة إصابة عدوى. وفي هذه الحالة يجب النظر بعين الاعتبار إلى الإجراءات الرئيسية التالية :

أ - اختبارات الميكانزمات المنعكسة :

وهذه الاختبارات تساعد في معرفة ما إذا كان الجهاز العصبي المركزي والجهاز العصبي المستقل يعملان بصورة طبيعية أم لا. ومن أمثلة هذه الاختبارات :

- **اختبار منعكس الركبة :** Knee-jerk
- **اختبار بابنسكي** :Babinski test استجابة إصبع القدم الكبير لحكة في بطن القدم"

ب - الرسم الكهربائي للمخ :

يسجل الرسم الكهربائي للمخ .E.E.G التغيرات في الجهد الكهربائي للمخ. وتدرس أنماط موجات الدماغ بمجموعات من الأقطاب الكهربائية " الالكترودات Electrodes " وتوضع في مناطق مختلفة من الرأس. ويلاحظ هنا ان المصابين بالصرع لديهم أنماط موجات شاذة تميزهم عن غيرهم من الأفراد العاديين. كما تستخدم هذه الموجات أيضا في تشخيص أورام المخ. وفي عدد من الاضطرابات النفسية الأخرى.

ج - الرسم البطني : Ventriculography :

ويسمى كذلك الرسم الهوائي للدماغ : Pneumoencephography. ويستخدم هذا الاختبار للتعرف على وجود تغيرات بنائية في الدماغ بواسطة صورة أشعة × لهذا العضو بعد حقن الأوعية الدموية بالهواء.

د - صور الأشعة للمخ والعمود الفقري :

وتكشف هذه الصور عادة أي تلف في البناء او عن الإصابات والأورام

هـ - التحليل البيوكيميائي للسائل النخاعي الشوكي :

يفحص السائل النخاعي الشوكي بهدف الكشف عن أي جراثيم معدية والتعرف على أي شذوذ في كيميائية السائل.

ثانيا: فحص الجهاز الدوري :

والجهاز التنفسي والجهاز الهضمي ووظائف الإخراج والإفرازات، ومحتوى الدم من البروتين والدهون والكربوهيدرات، وقياس درجة حرارة المريض بانتظام. وملاحظة عملية التبول والتبرز بانتظام (Brannon & Feist, 2004):

ويقوم الطبيب بفحص محتويات دم المريض بتحليل عينات من الدم بانتظام فهذا التحليل ضروري للكشف عن بعض الاضطرابات لدى المريض. مثال ذلك :

- زيادة خلايا الأزينوفيل تظهر عادة في حالات الشلل المتقدم
- وزيادة كرات الدم البيضاء تحدث قبل وبعد نوبات الصرع
- انخفاض وظيفة الأدرينالين تكشف عن معاناة المريض للاضطراب النفسي

ثالثا: وظائف الغدد التناسلية :

وتكشف اضطرابات وظائف الغدد التناسلية عن معاناة المريض لاضطراب نفسي

رابعا: البناء الجسمي للمريض :

وهناك تكوينات جسمية شاذة لها دلالاتها السلوكية الهامة لدى المريض. ومن هذه التكوينات الشاذة وجود علامات : (Goldman 2002)، الطفلية، العملاقية، القزمية، الذكورة على النساء وعلامات الأنوثة عند الرجال

أ - الجلد :

ولابد من فحص جلد المريض بدقة من حيث: لون الجلد، توتر الجلد، طبقة الدهن تحت الجلد، وجود علامات فيه كالبترات، الزوائد، الدمامل.. الخ

ب - السائل المخي :

وللسائل المخي العادي خصائصه لدى الأفراد، فالسائل المخي العادي شفاف، عديم اللون، قلوي، كثافته مابين 1,002 و 1,007، عدد الخلايا في المليتر الواحد من

السائل مابين خلية وخمس خلايا. كمية البروتين العادي ما بين.,2 -.,3 مليجرام في الملي لتر الواحد

أما في الحالات المرضية نجد : ازدياد الخلايا ما بين : 80 - 100 أو يزيد في الملي لتر الواحد في حالات أمراض الالتهاب في المخ والأغشية السحائية. وازدياد محتوى البروتين يشير الى وجود حالات مرضية. كأمراض الشلل المتقدم والالتهابات السحائية وأورام المخ.

ج - الجهاز العصبي :

وهو من الفحوص الجسمية الضرورية أيضا ذلك ان الاضطرابات النفسية قد تتضمن أمراضا عصبية من نوع او آخر. وأكثر الاضطرابات العصبية أهمية (Goldman,2002) الاضطرابات العصبية التي تحدث في الأعصاب الدماغية وخاصة العصب البصري. ففي بعض الاضطرابات النفسية يحدث ان يتغير إنسان العين من حيث الحجم : فيضيق في : خبل الشيخوخة، وزهري المخ. ويتسع في حالات : تسمم الأتروبين، والقلق، الخوف. ويفقد مرونته وتساويهما في الحالات المرضية المذكورة أعلاه ويحدث ارتخاء في الجفن العلوي للعين ويظهر ذلك في حالات الالتهاب السحائي خاصة الوبائي منه. ويحدث الحول وعدم حركة مقلة العين ودقة رمشها. ولا بد من فحص قاع العين وما يظهره من حالات مرضية كالقرص المختنق والتهاب العصب البصري او ضموره يشير هو أيضا إلى وجود حالات مرضية لدى الفرد مثل: حدة الإبصار، والمجال البصري وتمييز الألوان

وتشير الدراسات المعملية الى حدوث العمى في نصف المجال البصري او في جزء منه في حالات الاضطرابات العضوية الواضحة في الدماغ. وتجدر الإشارة هنا للأعراض القشرية والسحائية التي تحدث في الالتهاب السحائي او مع زيادة الضغط داخل المخ وخاصة تقلص العضلات البصرية وتغيرات الأوعية الدموية في قاع العين. وضمور العصب البصري والعمى في نصف المجال البصري أو في جزء منه والعمى الكلي. وأعصاب المخ : فعند فحص أعصاب المخ يجب ملاحظة : تماثل جانبي الوجه لدى المريض : وعدم التماثل هنا يعني جذب أحد جانب الفم إلى الجانب الآخر، وانحراف اللسان عن خط الوسط عند بروزه من الفم. وخدل عضلات الوجه : وهذا يظهر في اضطراب التعبير او في عدم القدرة على تحريك الوجه كلية.

د - فحص الجهاز الدهليزي :

ففي الحالات المرضية يسبب الجهاز الدهليزي الدوران والغثيان وزيادة حركة مقلة العين

هـ - الاضطرابات التنفسية :

وتظهر هذه الاضطرابات واضحة خاصة في ما يتعلق بحالات التخلف العقلي (Bakal، 1999)

1 - اضطرابات الوعي :

وتظهر هنا انعكاسات القبض والمص والتي يمكن الكشف عنها بلمس راحة اليد والشفتين. وتنشأ هذه الانعكاسات عادة من تأثير المسارات التي تربط بين أنبوبة النخاع المستطيل والقشرة المخية.

2 - اضطرابات الحس :

وهذه تتميز بتعدد صورها : فأمراض المخ العضوية : قد تؤدي إلى كل من زيادة الحساسية او قلتها تبعا للمستوى الذي يتأثر عنده المسار العصبي. واضطراب الأعصاب الطرفية تؤدي إلى أعراض من قلة الحساسية والتخدير وتركيز المرض في عقد تحت القشرة في منطقة الثلاموس يتميز بأعراض من حدة الإدراك للاحساسات المختلفة من ألم، وبصر وسمع.

3 - الاضطرابات الوظيفية :

ومن الاضطرابات الوظيفية التي يجدر ملاحظتها : اضطرابات الكلام : مثل تعسر النطق، وفقدان الكلام الحسي، وفقدان الكلام الحركي وفقدان الكلام و - الفحص بأشعة (×) :

ومن الفحوص التي يمكن إجراؤها أيضا الفحص بأشعة (×) والتي توضح لنا أي تغيرات قد تحدث في نظام الجمجمة. وكذلك الأورام التي قد توجد في المخ. واصبح يستخدم حديثا فحص متقدم بأشعة × يقوم على حقن الهواء في تجويف الجمجمة حتى يمكن الكشف عن وجود أي تمديدات فيها أو عدم انتظام أي إزاحة في البطينات المخية. وتشير الدراسات المعملية هنا إلى الآثار العلاجية التي تتركها هذه الطريقة حيث يعمل الهواء على تمزيق الالتصاقات التي تكون قد تكونت للأطفال الذين يعانون من آثار سحائية. فيزول بذلك الصداع والنوبات التي يعاني منها المريض. Holms)، 2001)

ز - رسم شرايين المخ :

وزاد الاهتمام في السنوات الأخيرة لرسم شرايين المخ حيث يتخذ هذا الإجراء اكثر من جانب:

- رسم شرايين المخ الذي يقوم على أشعة × بعد حقن مادة عاكسة، مثل مادة الثوريوم

داباكسيد في شرايين المخ : ويفيد رسم الشرايين في : توضيح التعددات المرضية في الأوعية الدموية، وكذلك أورام المخ.

- رسم المخ الكهربائي: فالتيار العصبي الذي يمر في الليفة العصبية يؤدي الى تغيرات في الشحنة الكهربائية او في الجهد الفعال على سطحه. هذا الجهد الذي يميز الموجة الكهربائية التي تمر خلال الليفة. وهذه يمكن ان تساعد في تحديد تقدير تقريبي لنشاط العصب

أما في القشرة المخية حيث يوجد عدد كبير من الخلايا العصبية التي تتفاعل فيما بينها. يكون النشاط الكهربائي في المخ عبارة عن مجموعة الفروق بين جهود النيرونات. وتتراوح كمية الكهرباء التي تنتشر على سطح القشرة المخية. مابين : 100 - 1000 ميكروفولت. وعند تسجيل القشرة المخية، فاننا نجد صورتين أساسيتين من النشاط الكهربائي :

- **الصورة ألفا** : وهي تتكون من الموجات المنتظمة بتردد من 8 - 13 ذبذبة في الثانية. وتظهر موجات ألفا بوضوح في المنطقة الجدارية والقذالية. وتختفي هذه الموجات بالمثير البصري. او بتركيز الانتباه على شيء ما.
- **الصورة بيتا**: وهي توجد في الأجزاء الأمامية من المخ وبترددات 18، 30، 55 ذبذبة في الثانية.

والعمليات الباثولوجية في المخ تؤدي إلى عدد من التغيرات في تياراته الكهربائية حيث يظهر موجات سريعة أو موجات بطيئة بتردد أربع أو خمس ذبذبات في الثانية. ويلاحظ هنا بطؤ ترددات الموجات في حالة استسقاء المخ. وزيادة الضغط داخل الجمجمة والإغماء ونقص السكر في الدم. وقد يحدث أيضا موجات ذات جهد عال في صورة قمم منعزلة غير منتظمة من موجات دلتا البطيئة أو موجات فجائية تختلف في الطول والتردد من ثلاث إلى خمس وثلاثين او يزيد من الذبذبات في الثانية. وتفيد رسومات المخ الكهربائية لا في تحديد شدة العملية الباثولوجية فقط. ولكنها أيضا في تحديد موضعها. كما تفيد في التشخيص الذي يفرق بين الاضطرابات بعضها ببعض.

5: 2: 8 الفحص النفسي

يقوم الفحص النفسي للشخص على النتائج التي يحصل عليها المعالج من المقابلات المتعددة للشخص وما تفرزه الاختبارات والمقاييس النفسية والعقلية من نتائج. كما تتم دراسة المظهر العام لسلوكه. وفي هذه الحالة يجب ملاحظة كيفية دخول الحالة إلى حجرة الكشف ومصافحته للموجودين والتوترات النفس حركية المختلفة التي تعبر عن انفعالاته. واي علامات فيزيولوجية تظهر على الحالة مثل : القلق، بلل اليدين، تصبب العرق من الجبهة، عدم الاستقرار، التوتر، الصوت المنفعل، اتساع حدقة

العين. وأي شذوذ على المظهر الجسمي للمريض بما في ذلك : أي خصائص ترتبط بالجنس الآخر. والملبس واستجابة الحالة للفحص من حيث تقبله أن رفضه إياه.

ثم بعد ذلك يتم تسجيل تلك الملاحظات من قبل الأخصائي النفسي آخذا بعين الاعتبار ما يلي:

- **الوعي** : يلاحظ هنا الحالة الوظيفية للاحساسات من حيث : الصفاء أو التلبد، والتوافق في عملية الارتباك أو الذهول
- الانفعالية : ونلاحظ في هذا الجانب : نوع الانفعال : من حيث الشدة والاستمرار في تعبيرات الوجه وتوتر العضلات. والمكونات الانفعالية المضطربة. مثل : الخوف، توهم المرض، توقع الشر، القلق، اليأس، عدم الرضا الاستثارة، التشكك، الغضب، الكراهية
- **السمات التعبيرية للسلوك** : وفي هذا الجانب نلاحظ: النشاط العام للحالة، واهتمام الحالة بالدوافع والاستعدادات والعادات التي تحدد هذا النشاط، والسلوك التلقائي وغير التلقائي للحالة، ومدى مطابقة سلوك الحالة للواقع.
- **التداعي وعمليات التفكير** : توقيت التداعي، وخصائص عمليات التفكير، وسرعة عملية التداعي أو البطء فيها. مثل: تطاير الأفكار، اضطراب التفكير، الحشو العرضي، وعدم التناسق، والتوقف عن الحديث، أو عدم الملاءمة أو اللغة المستحدثة، المبادأة، الرتابة، أو الكلمات المختلطة
- **مضمون التفكير والاتجاه العقلي** : الاتجاه العقلي العام، معتقدات الحالة وسلوكياتها، والمحتوى العقلي للعميل خاصة ما يتعلق منها بأفكار: تقدير الذات الزائد، أو التقليل منها، وأفكار توهم المرض، والانعدامية، والأفكار المرجعية، والتأثير، والهذاء ونوعه ان وجد ومحتواه الشعوري
- **الإدراك** : وفي هذا الجانب يكشف الأخصائي النفسي عن حالات الاضطراب النفسي وخاصة الهذيان، والحالات الانفعالية للحالة، وخبرات الحالة الادراكية ومدى إدراكه أن الهلاوس نوع من الاضطراب
- **الذاكرة:** وفي هذا الجانب، فانه يمكن للأخصائي النفسي تقدير ذاكرة الحالة البعيدة او القصيرة المدى عند ذكر البيان الزمني عن تاريخ حياته سواء تعلق ذلك البيان بمراحل دراسته، او عمله، وأسماء رؤساء عمله. ويمكن التأكد من هذا الجانب بتطبيق اختبارات الذكاء التي تقيس ذاكرة الحالة.
- **تحصيل المعلومات** : يشير هذا الجانب إلى قدرة الحالة على الإجابة الصحيحة عن أسئلة تتعلق بالأحداث الجارية والمعلومات التي كان قد اكتسبها أثناء دراسته من قبل.
- **الحكم** : نعني بالحكم القدرة على مقارنة الحقائق أو الأفكار لتفهم العلاقات بينها واستخلاص الاستنتاجات الصحيحة منها، وصحة تقديرات الحالة وتفسيراتها للأمور

الموضوعية الخارجية والمدرجة التي يدرك فيها العلاقات التي توجد بين العوامل والأحداث. وهنا يجدر ملاحظة ان حكم الحالة يتأثر بادراك الحالة نفسها وسماتها الشخصية. وعلى الأخصائي النفسي ملاحظة: تقدير الحالة لاضطرابها النفسي، وقدرة الحالة على مقارنة الحقائق أو الأفكار، والقدرة على فهم العلاقات بين الحقائق أو الأفكار أو الموضوعات، ومدى قيام الحالة بأمور عملها بحصافة، ومدى تحمله مسؤوليات أسرته بشكل سليم.

- **الاستبصار**: يقصد بالاستبصار درجة وعي الحالة بمرضها وإدراكها لطبيعته والعوامل المسببة لها وبناء على ذلك فنه يمكن ملاحظة تقدير المريض لكيفية تأثير المشكلات الانفعالية على توافقه الاجتماعي واداء واجباته العادية بنجاح، ومعرفة ما اذا كان المريض، ويدرك إمكانياته، ويرغب في أن يساعده الآخرون، ويدرك المحاولات التي يبذلها للتوافق مع ما يوجد فيه من موقف
- **الشخصية**: يقوم الأخصائي النفسي بتقييم ما تتسم به شخصية الحالة من نضج وملاحظة ما إذا كانت اتجاهات الحالة تتلاءم ومرحلة نمو شخصيته، ومتسقة مع عمره الزمني.

5: 2: 9 العيادة النفسية في العلاج النفسي:

يمارس المعالج النفسي عمله في العيادة النفسية التي تمثل بالنسبة له الإطار الخاص لعمله، لما توفره العيادة النفسية من فرص اللقاء، وبناء العلاقة بين المعالج والمتعالج. وما توفره أيضاً من فرص إجراء الاختبارات ووسائل التشخيص والعلاج اللازمة للمتعالج.

وسوف تدرس في الوحدات التالية أهمية العيادات النفسية، وضرورتها في سير عملية العلاج، وما يجب أن تتصف به من خصائص وميزات لتصبح أكثر ملاءمة لكل من المعالج والمتعالج، من أجل بناء العلاقة، وعقد جلساتها، وممارسة المعالج والمتعالج، من أجل بناء العلاقة، وعقد جلساتها، وممارسة المعالج النفسي لعمله. ونشير هنا إلى أن العيادة النفسية قد قدمت الكثير من النتائج الإيجابية في تطور العلاج النفسي منذ زمن بعيد وحتى يومنا هذا. (Holms, 2001).

5: 3 أساليب العلاج الجسمي:

يرى المنظرون ان العلاج يجب ان لا يقتصر على اسلوب واحد فقط. بل يجب ان تتعدد اساليبه. بحيث تتكامل العملية العلاجية بأبعادها المختلفة لتحدث تكاملا في الفرد الذي اضطرب تكامله. وبالتالي، فان يمكن تقسيم العلاج الى نوعين رئيسيين هما **العلاج الجسمي**: فقد تزيل العقاقير الطبية الاعراض الانفعالية للفرد لكنها لا تغير من الضغوط البيئية او من تكوين شخصيته التي تؤدي الى تلك الاعراض.**والعلاج النفسي**: حيث

تعددت وجهات نظر علماء النفس وتباينت مواقفهم في اجراءات العلاج النفسي وخطواته (سلطان، 1992). هناك اساليب مختلفة للعلاج الجسمي من ابرزها:

5: 3: 1 العلاج بالعقاقير:

يمكن تقسيم العقاقير النفسية تبعا لأسس مختلفة. الا ان التركيب الكيميائي للعقاقير اكثر هذه التقسيمات دقة. وتتمثل العقاقير النفسية بالآتي:

أولا: المهدئات:

وهي عبارة عن عقاقير تحدث تهدئة واضطرابا للحركات الارادية وتؤدي الى التخدير. وتنقسم بدورها الى:

أ - المهدئات الكبيرة:

تعرف المهدئات الكبيرة ايضا باسم النيرولينكس أو العقاقير المضادة للذهان. وتتمز هذه المهدئات بأنها: ليس لها مفعول تخديري. وليس لها مفعول واضح في مراكز التنفس. كما انها لا تحدث توقفا في ظائف الجههاز العصبي المركزي. انما تخفض من شدتها. وتحدث انخفاض في النشاط النفسي الحركي وتبلد انفعالي. ويصفها الاطباء بأنها عقاقير تساعد على تخفيض النشاط النفسي والتوتر دون ان تحدث تخديرا عندما تعطى بجرعات كبيرة. وقد اوضحت التجارب التي أجريت على تلك المهدئات انها تتميز بمفعول مهدىء وتنيمي شديد. ويوجد عدد من المهدئات يستخدم للعلاج النفسي طويل المدى تعطى للمريض النفسي عن طريق حقنة واحدة كل ثلاثة أسابيع.

وتستخدم المهدئات التي لا يكون لها مفعول تنويمي ولكنها ذات مفعول مضاد للذهان لعلاج الاضطرابات الذهانية الفصامية بجرعات صغيرة جدا. بينما تستخدم المهدئات ذات المفعول التنويمي والكاف للنشاط النفسي والحركي في علاج معظم حالات الاستثارة والقلق والتوتر الانفعالي.

ومن ابرز المهدئات الكبيرة مشتقات كل من: الفينوثيازين، والثيوكسانثين، والدايتزوثيازين، والبتروفينون، والروالفيا. الا ان المهدئات الكبيرة تلك، تحدث مضاعفات جانبية للمريض خاصة في كل من:

- **الجهاز العصبي المركزي:** فتخفض من العتبة الفارقة للنوبات القشرية. وتعرض متعاطيه الى نوبات صرع وارتباك واحلام شاذة واضطراب في النشاط الحركي وزيادة شادة الاعراض الفصامية
- **الجهاز العصبي الاتونومي:** تؤدي الى جفاف الفم والحلق وعدم وضوح الرؤية واحمرار الجلد والامساك واحتباس البول وشلل الامعاك والارتباك واتساع الحدقة وانخفاض ضغط الدم عند الوقوف.

- **الجهاز الهرمي الخارجي:** تؤدي الى بطء الحركات الارادية وتثاقل المشي والى الجمود وارتعاش العضلات في حالة الاسترخاء. وحركات شاذة في الرقبة والوجه واللسان.
- **الغدد الصماء:** يتضح تأثيرها في افراز اللبن عند الاناث والعنة عند الذكور.
- **العين والجلد:** أوضحت الدراسات ان عددا قليلا من المرضى يتعرض لاضطرابات تصيب العين والجلد نتيجة تعاطي هذه العقاقير لفترة طويلة. وان هذه الاضطرابات تظهر في صورة تراسيب حبيبية ذات لون ابيض بني في القرنية والعدسة. وأحيانا تتلون الملتحمة ايضا بصبغة بنية. كما تظهر اضطرابات الجلد في لون مناطق الجلد التي تتعرض مباشرة للشمس.
- **الحساسية:** تتضح اضطرابات الحساسية في الصفراء التي تهظر عادة خلال الاسابيع الثمانية الاولى من العلاج. يسبقها عادة اعراض الانفلونزا كالغثيان وارتفاع درجة الحرارة وألم البطن والقيء والاسهال. الا ان هذه الاعراض سرعان ما تختفي من المريض مع معاودة الكبد لوظائفه العادية. ويتعرض المريض نتيجة تناوله للعلاج الى نقص كرات الدم البيضاء. خاصة لدى الاناث المتقدمات في السن.

ب - المهدئات الصغيرة:

تعرف عقاقير المهدئات الصغيرة أيضا بالاناراكتيكس. وليس لهذه المهدئات تأثير على اضطرابات التفكير الفصامية والهلاوس والهذاءات. كما أنه ليس لها مضاعفات في الجهاز الهرمي الخارجي او مفعول مضاد للذهان. وبالتالي، فان المهدئات الصغيرة أقل شدة. اقل ملاءمة في علاج الاستثارة الذهانية. مثل القلق والتوتر. بينما تستجيب الحالات النفسجسمية والتوتر الانفعالي الذي يصاحب المرض الجسمي لتلك المهدئات. وتزيد المهدئات الصغيرة عادة من العتبة الفارقة للتشنج. ولذلك. فانها تستخدم كعقار مضاد للصرع.

وتنقسم المهدئات الصغيرة الى مشتقات كل من: الجليكول، والبايسيكليك دايفنيل ميثان، والبنزودايزيبين، والدايبنزوبايسيكلواوكنادين.

وللمهدئات الصغيرة مضاعفات تحدث اضطرابا معرفيا ودوارا وتثاقلا واضطرابا في الحركات الارادية. وقد يحدث طفح في الجلد وشلل في العضلات الخارجية للعين. واعراضا انسحابية خاصة عند تعاطي المريض لجرعات كبيرة لمدة طويلة. الا ان هذه المهدئات لا تحدث تسمما في الكبد ولا تحدث مضاعفات في الجهاز العصبي الاتونومي او في الجهاز الهرمي الخارجي. ونادرا ما تحدث حالات اضطراب في المعدة والامعاء. وتوضح الدراسات انه يمكن حدوث الاستثارة في حالة الاصابة

العضوية. وفي حالات المرضى المتقدمين في السن وكذلك لدى الأطفال الذين يتميزون بنشاط حركي زائد.

ج - العقاقير المضادة للاكتئاب:

تنتمي العقاقير المضادة للاكتئاب اكلينيكيا الى عقاقير التيمولينكس او الترايبكيل التي ترفع من الحالة الانفعالية للمريض. كما تنتمي ايضا الى عقاقير الثيموتكس او العقاقير الكافة للمونوامين اكسيديز(التي توقف حالة الكف عند المريض)

ويمكن تصميم عقاقير التيمولينكس من مشتقات: الأمينودايبنزيل، والأميناستلبين، والدايبنزودايزيين، والدايبنزوسيكلوهينادين، والدايبنزوسيكلوهبتاترتين، والدايهيدروانتراسين، والدايبنزوثيين، والديبنزواكسبين. الانتراسين، والاكريدان، والاندول.

وتتميز عقاقير الثيمولينكس بتنشيط الأمينز الفيزيولوجية الادرينية. خاصة مفعول النورابينغرين في الجهاز العصبي الطرفي والمركزي. وتزيد من المفعول المنشط للأمفيتامينز. ولدى هذا العقار مفعول مضاد للاثر التنويمي الذي تحدثه المهدئات الكبيرة. كما تستجيب حالات الاكتئاب الشديدة بدرجة افضل من استجابة حالات الاكتئاب المزمن او الاكتئاب العصابي.

ولعقاقير الترايسكليك تأثيرات على عدد من أجهزة الجسم التالية:

- **الجهاز العصبي المركزي:** تؤدي عقاقير الترايسكليك الى ارتعاش بسيط مستمر. وخاصة في الاطراف العليا واللسان. كما قد ينتاب الأرق واضطراب الوظيفة الحركية للمرضى المسنين. وفي حالات نادرة قد تؤدي الى تعسر النطق والتشنجاتواضطراب الحركات الارادية والحساسية الزائفة. كما قد تحدث هذه العقاقير نوبات من الارتباك والهوس والهياج الفصامي. خاصة لمن يعانون من الهوس الاكتئابي او الفصام.
- **الجهاز العصبي الاتونومي:** تؤدي عقاقير الترايسكليك الى جفاف الفم وانخفاض ضغط الدم عند الوقوف وزيادة سرعة دقات القلب والاغماء والدوار والقيء والعرق والامساك والاستسقاء. وفي حالات نادرة قد تحدث عقاقير الترايسكليك احتباسا للبول وشللا في الأمعاء.
- **العين الجلد:** تحدث ردود فعل جلدية. لكن هذه الردود لا تلبث ان تزول بتقليل جرعة عقاقير الترايسكليك

5: 3: 2 الصدمات الكهربائية:

يقوم العلاج بالصدمات الكهربائية على احداث حالة من التشنجات بتمرير تيار كهربائي بسيط لمدة قصيرة من الزمن بواسطة قطبين يوضع كل منهما على منطقة من المنطقتين الصدغيتين. مع نوم المريض على منضدة العلاج أو على السرير ووضع وسادة صغيرة تحت المنطقة القطنية. ووسادة أخرى تحت الرقبة. ثم يعطى المريض حقنة من 150 مليجرام من الثيوبنتال او غيره من عقاقير الباربيتيورانس قصيرة المدى. في 10سنتمتر مكعب من الماء المقطر. يعقبه اعطاء حقنة من 30 – 40 مليجرام من سكنسيل كولين. ويعطى 0,5 مليجرام من الأتروبين مع الثيوبنتال. (سلطان، 1992). ويفضل الأطباء اعطاء الاتروبين عن طريق العضل قبل الصدمة الكهربيائية بنصف ساعة. وبعد حقن المريض بالثيوبنتال والسكنسيل كولين مباشرة تدخل قطعة من المطاط في فم المريض. حيث ينتاب المريض اهتزازات عضلات الوجه بعد مرور 40 ثانية من اعطائه تلك الحقنة. ويقوم مساعدو الطبيب بتثبيت رأس واطراف وجسم المريض في منضدة العلاج حيث يأخذ الطبيب في ادارة مفتاح جهاز الصدمات لامرار التيار الكهربائي لمدة عشر ثواني. ويوقف الطبيب التيار الكهربائي او يخفضه عند حدوث التشنج عند المريض.

يفيد علاج الصدمات الكهربائية في حالات الاكتئاب الشديد والاضطرابات الفصامية والهوس التي لا تستجيب لأساليب العلاج الأخرى. كما يستخدم هذا النوع من العلاج في علاج الاضطرابات الفصامية. ويستجيب معظم مرضى الهوس وقليلا ما يفيد هذا النع من العلاج مرضى الاضطرابا الذهني.

ينتاب معظم المرضى الذين يعالجون بالصدمات اضطرابات في الذاكرة بعد اعطائهم اربع او خمس صدمات. يزداد اضطراب الذاكرة باضطراب بزيادة عدد الصدمات المعطاة. كما ينتاب المريض أحيانا الام عضلية بسيطة في الاطراف والرقبة والجذع وصداع لعدة ساعات بعد اعطائه الصدمة. ويحدث عادة بعض الارتباك عقب الصدمة مباشرة ويستمر لساعة او ساعتين تقريبا ثم يتضاءل مع الزمن. وقد تؤدي الصدمات الكهربائية الى حالة من الهذاء والهلاوس خاصة مع المرضى الذين يعانون من اكتئاب. وبالرغم من ان بعض الاطباء ينصحون باستخدام العقاقير الطبية بدلا من اجراء الصدمات نتيجة لما قد يعاني منه المريض من حالات جسمية مرضيةخاصة اولئك الذين يعانون من هبوط في القلب. حيث يتطلب تنشيط القلب قبل اجراء الصدمة. او ممن يعانون من اضطراب في الدورة الدموية. حيث يجب تأجيل اجراء الصدمة. الا ان الاطباء يقللون من خطورة الأوضاع التي يعاني منها المريض خاصة بعد احداث الاسترخاء المناسب لهم باستخدام السكسينيل كولن. ويشير الأطباء الى فائدة الصدمات الكهربائية في العلاج بالرغم من عدم التأكد من فعالية هذا العلاج كما تشير اليه الدراسات التي أجريت في هذا الصدد. (Bakal، 1999).

5: 3: 3 غيبوبة الأنسولين:

انتشر التعاطي بهذه الطريقة من قبل الاطباء في الثلاثينات من القرن العشرين. ثم تقلصت الى ادنى مستويات في العصر الحاضر. نتيجة ردود الفعل التي تحدثها غيبوبة الانسولين لدى المرضى. وتستخدم غيبوبة الانسولين بحقن المريض من خمس الى عشر وحدات في لصباح الاول. وتزداد بمقدار عشر الى عشرين وحدة كل يوم الى ان تصل الجرعة التي تحدث الغيبوبة العميقة ما بين 80 – 200 وحدة.

وتنقسم ردود الفعل في غيبوبة الانسولين الى خمس مراحل تتمثل في الآتي:

- في المرحلة الاولى يبدأ كبت وظائف القشرة المخية والمخيخ مع تثاقل واسترخاء عضلي.
- وفي المرحلة الثانية: يحدث كبت لوظائف القشرة المخية والمخيخ مع تلبد الشعور وعدم الاستقرار العضلي او الاستثارة.
- اما المرحلة الثالثة فتتميز بتحرير مراكز العقد القاعدية والهيبوثلاموس من تحكم القشرة المخية ويفقد المريض شعوره. وتنتابه انماط مختلفة من الحركات الجسمية. ويظهر علامات من نشاط الجهاز العصبي الاونومي.
- وفي المرحلة الرابعة يتحرر المخ المتوسط ومراكز النخاع العليا من تحكم المراكز العليا. وينتاب المريض غيبوبة عميقة مستمرة.
- وفي المرحلة الخامسة تتحرر مراكز النخاع السفلي من المراكز العليا وينتاب المريض غيبوبة عميقة مع كبت الافعال المنعكسة للاوتار واسترخاء عضلي.

ويرى الاطباء ان ساعة من الغيبوبة في المرحلة الثالثة او المرحلة الرابعة تكفي للعلاج. كما يمكن انهاء الغيبوبة بحقن المريض محلول الجلوكوز في الوريد. ويعطى المريض عادة غذاء يحتوي لى نسبة كبيرة من الكربوهيدرات بعد ان يستيقظ من غيبوبة الانسولين.

اما المضاعفات التي تترتب على غيبوبة الانسولين فتتمثل في استسقاء الرئتين والقصبة الهوائية واضطراب الأوعية الدموية. وظهور دمامل في الرئتين والتشنجات.

5: 3: 4 الجراحة النفسية:

تقوم الجراحة النفسية على اساس ان الوصلات بين الاجزاء الامامية من القشرة المخية الجبهية مع الثلاموس لها دور في استجابات الفرد الانفعالية. لذلك تستخدم هذه الطريقة بقطع الالياف التي تصل الفصوص الجبهية بالثلاموس بحيث تؤدي الى خفض

الاستثارة والقلق في حالات الاكتئاب الشديد والفصام وعصاب الوسواس والقهر وغيرها من الاضطرابات النفسية.

وتحدث بعض حالات الارتباك لدى المريض بعد اجراء الجراحة النفسية مما يضطر المعالجون الى تدريب الذين يخضعون لتلك الجراحة على اعمال النظافة والسلوك الاجتماعي لعدة اسابيع. وتوضح الدراسات الى ان المرضى الذين يخضعون لمثل تلك العمليات يفقدون في العادة امكانية اقامة علاقات تقوم على التفهم مع الآخرين. (Bakal, 1999)

5: 3: 5 العلاج بالاستنشاق التشنجي:

يستخدم هذا العلاج بأن يعطى المريض عقاقير الاتروبين والباربيتيورات والسكسنيل كولين كما في علاج الصدمات الكهربائية ثم يستنشق غاز الفلورثيل بحيث ينتاب المريض حالة تشنج. وتوضح الدراسات الى قدرة هذا العلاج تقديم نتائج موازية للنتائج التي يمكن الحصول عليها باستخدام الصدمات الكهربائية.

5: 3: 6 العلاج بالنوم:

يستخدم هذا النوع من العلاج أحيانا. حيث يوضع المريض في حالة نعاس لمدة عشرة أيام تقريبا. بأن يعطى المريض عقاقير مهدئة او مضادة للقلق او الذهان بجرعات كبيرة عن طريق الفم. ومن مضاعفات هذا العلاج. تعرض المريض لحالات من الهذيان والهلاوس والارتباك والالتهاب الرئوي. وتشير الدراسات الى عدم التأكد من قدرة هذا العلاج اعطاء نتائج ايجابية.

5: 3: 7 العلاج الفيزيولوجي:

يفيد هذا النوع من العلاج حالات القلق والتوتر العضلي الانفعالي. بأن يتم تدليك مجموعة العضلات الكبيرة في الظهر والرقبة والأطراف. والعلاج بالاستحمام الذي يفيد في خفض استثارة المريض وقلقه.

5: 4: أساليب العلاج النفسي:

يقول بول تيليتش Paul Tillich أنه لا يمكن تطوير نظرية للعلاج النفسي من غير ان يكون هناك تصور صريح او ضمني للانسان. ولقد بدأ باترسون Patterson كتابة نظريات الارشاد والعلاج النفسي محاولا التفريق بين بين النظريات في مجال لارشاد والعلاج النفسي. (Patterson, 2000) فالارشاد كما يراه باترسون ليس هو التأثير على الاتجاهات والأفكار والسلوك عن طريق الحث القيادة والاقناع. وكذلك،

فالارشاد ليس هو اختيار وتعيين الاشخاص في مختلف الوظائف والأنشطة، وليس ه المقابلة (بالرغم من ان المقابلة تمثل جانبا رئيسا في الارشاد.) انما الارشاد يهتم بالتأثير على التغيير الاختياري للسلوك من جانب المسترشد، ويوفر الظروف التي تسهل التغيير الاختياري من جانب المسترشد، وله قيود تفرض على المسترشد، كما يوفر الظروف التي تسهل عملية التغيير من خلال المقابلات. ويتوفر فيه عنصر الاصغاء. ويتم في اطار من الخصوصية وتجري المناقشة في اطار من السرية

بينما يمثل العلاج النفسي نوعا من معالجة المشكلات ذات الطبيعة الانفعالية. يعمل فيها المعالج (وهو شخص متدرب تدريبا دقيقا) على تكوين علاقة مهنية مع المريض. بهدف ازالة او تعديل أو تأخير الاعراض الموجودة. وتعديل السلوك المضطرب. والنهوض بالنمو والتطور الايجابي للشخصية. (Corey, 2009) العلاج النفسي في المقابل عملية اعادة تعليم للفرد. فقد اشار المنظرون باسهاب الى التفرقة بين الارشاد والعلاج النفسي. فالمرشد النفسي والمعالج النفسي كما يراه باترسون (Patterson, 2000) يتلقيان نفس التعليم ويستخدمان نفس النظريات والاساليب والاختلاف بينهما انما هو اختلاف في الدرجة وليس اختلافا في النوع. وانه من الصعب ان لم يكن مستحيلا ان نفرق الارشاد عن العلاج النفسي. وان الارشاد والعلاج النفسي بينهما تداخل كبير من ناحية الأداء التخصصي. حيث وصفهما برامر وشوستروم (الشناوي، 1994) بكلمات محددة. فالارشاد: تعليمي، مهني، مساند، موقفي، يحل المشكلات، الوعي الشعوري، السواء، الحاضر، الأمد القصير. بينما العلاج النفسي: مساند (في مواقف الازمات)، يعيد البناء، عميق التركيز، تحليلي، يركز على الماضي، يركز على العصاب او على غيره من المشكلات النفسية الشديدة. ذو امد طويل.

5: 4: 1 العلاج بالتحليل النفسي:

العلاج بالتحليل النفسي ليس أسلوبا واحدا. وانما هناك العديد من المنظرين الذين ساهموا في تطوير وتعديل وجهة النظر التحليلية في العلاج النفسي التي أسسها فرويد. ومن هؤلاء: ادلر Adler، ورانك Rank، فرينزي Ferenzi، ابراهام Abraham، ريتش Reich، يونج Jung، سوليفان Sulivan، هورني Horney، فروم Fromm. ومن المنظرين الأكثر حداثة ممن تبنوا آراء فرويد وعدلوها مؤكدين اهمية الأنا في النمو الانساني واضطراباته: هارتمان Hartman، اريكسون Erikson.

وتستند وجهة النظر التحليلية في العلاج النفسي الى نظرية التحليل النفسي في الشخصية. وعليه، فان التحليل النفسي يعتبر في الوقت نفسه نظرية نفسية تبحث في ديناميات الطبيعة الإنسانية. وعن بناء الشخصية. ومنهج بحث لدراسة السلوك الإنساني، بالإضافة إلى كونه طريقة فعالة وناجحة في العلاج النفسي.

ويمكن استخدام هذه الطريقة في العلاج النفسي بنجاح في حالات الهستيريا، القلق، الخواف، عصاب الوسواس، والقهر، الاكتئاب، حالات اضطراب الشخصية، حالات الإدمان، وحالات مختارة من الأمراض النفسية عضوية المنشأ، وحالات الانحرافات الجنسية والجناح، والأمراض والمشكلات التي تكمن جذورها في الماضي البعيد للشخص والتي لم تحل ومازالت تعمل على هدم شخصية المريض. المرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 20 - 40 سنة

وتعتمد المعالجة الفرويدية في العلاج النفسي على نظرة خاصة الى مراحل تطور الفرد تتميز كل منها بوضع خاص لمركز اللذة او ظهور تأثيرها. ويكون سير المعالجة الفرويدية موجها بالمفاهيم الأساسية معتمدا على كشف ما في اللاشعور واطلاقه ليصبح شعوريا. ويدخل بذلك في معرفة الشخص ووعي الحاضر. وعلى الكشف عن خبرات الطفولة والتفاعل بين المعالج والمتعالج في عمليات وسيلتها الرئيسية لتخاطب وأغراضها للوصول تدريجيا إلى إحداث تغيير عميق في البناء الانفعالي للشخص المتعالج. ويحتل كل من التداعي الحر، والتحويل ومواجهته، والتفسير، ومواجهة مقاومة المتعالج. مع التأكيد على النقاط الرئيسية التالية في سير المعالجة بطريقة التحليل النفسي (عكاشة، 2003):

- يحتضن اللاشعور حالات نفسية كثيرة من بينها ما يكون العوامل في الاضطراب النفسي لدى المتعالج. وتنطوي هذه العوامل على قوة تتصل بدفاعات لا تسمح لها بالظهور شعوريا. وعلى المعالج ان يجعل ما هو موجود في اللاشعور مما يتصل بالاضطراب شعوريا. بمعنى ان يعمل المعالج ليجعل مادة اللاشعور المتصلة بالاضطراب شعوريا. وهذا يعني دعم الأنا وتقويته عند المتعالج. ومد وعيه ليشمل ما لم يكن يشمله. واضعاف مكانة الأنا الأعلى في تكوين الدفاعات التي تمنع مكونات اللاشعور من الظهور. وتوسيع فهم المتعالج بما ينطوي عليه الهو وبما يأتي ذلك من آثار.
- اتجاه المعالجة بالتحليل النفسي نحو جعل المتعالج يرى ما عنده على شكل مشكلة ثم تليها أخرى، وثالثة.. الخ. وان يشارك في رؤية ما في المشكلة من عناصر وتعقيد وفي رؤية المخرج والتفسير والحل. عملا بالمبدأ القائل " حل الفرد مشكلاته بنفسه "
- يجب النظر إلى خبرات الفرد في طفولته " وما قد يكون لها تأثير في تكوين الاضطراب النفسي لديه " من حيث المكانة العاطفية والآثار الانفعالية التي أحدثتها في حياته.
- تفاعل المعالج بالتحليل النفسي مع المتعالج أمر هام جدا في بلوغ المعالجة النفسية أغراضها. وحتى يحقق المعالج هذا التفاعل. عليه ان يتحاشى الظهور على شكل صورة للأنا الأعلى لدى المتعالج، او على شكل مثل عليا. لأن مثل هذا الأمر يعرقل

انطلاق المتعالج بما عنده من دون شعور بالخجل. وكلما زادت ثقة المتعالج بالمعالج زادت محبته لنفسه، واصبح أقدر على قبول مشاعره.

- التخاطب هو الوسيلة الرئيسية في المعالجة النفسية بكل أشكالها. وبالتالي، فان المهمة الرئيسية التي يسعى اليها المعالج بالتحليل النفسي. أن يدفع المتعالج الى تقديم مادة التخاطب التي تتعرض لأشكال عديدة من المقاومة من قبل المتعالج خاصة مايتعلق منها بتاريخ حياته وانفعالاته وتخيلاته.
- ان تحقيق المعالجة بالتحليل النفسي لأغراضها لايتم فجأة، وانما يحتاج الى وقت طويل. والى تكرار الاجتماع بين طرفي عملية العلاج النفسي " المعالج والمتعالج " وعلى المعالج أن يتدخل في تفسير حالات كثيرة تنطوي عليها المواد التي يقدمها المتعالج أثناء عملية العلاج.

ويعتبر الفريد ادلر Alfred Adler مؤسس علم النفس الفردي Individual psychology وصاحب العديد من التجديدات التي أدخلت على نظرية التحليل النفسي في العلاج. وقد أقر خلال حياته بالفضل لفرويد في تطويره للمدرسة التحليلية. واهتماماته الفرضية للأعراض وأن للاحلام دلالات سيكولوجية. هذا، وقد اشتملت اجراءات العلاج النفسي بالطريقة الادلرية اربعة نقاط رئيسة هي(كوري، 2011):

- **العلاقة**: بمعنى تكوين علاقة طيبة مع المسترشد (العميل) والمحافظة عليها.
- **التحليل**: اي الكشف عن ديناميات المسترشد (العميل) واسلوب حياته وأهدافه وكيف تؤثر على حركة حياته. وينقسم التحليل الى قسمين. القسم الاول يتمثل برغبة المعالج ان يفهم اسلوب حياة المسترشد (العميل). والثاني اتجاه هدف المعالج نحو كيف يؤثر اسلوب الحياة الخاص بالمسترشد (العميل) على أدائه الراهن فيما يتصل بمهام الحياة ومتطلباتها.
- **التفسير Interpretation من خلال الاستبصار** Insight اي الفهم المترجم الى التصرف البناء وهو بالتالي يعكس فهم المريض للطبيعة الفرضية لسلوكه. والادراكات الخاطئة التي لديه. وفهم الدور الذي يلعبه في حركة حياته. ويقوم المعالج الادلري بتسهيل الاستبصار بشكل اساسي عن طريق التفسير.
- **اعادة التوجيه Reorientation** : تبدأ عملية اعادة التوجيه بدفع المريض بلطف أو بشدة ليعرف ان التغير هو في مصلحته. فأسلوب حياة الفرد في حياته الحاضرة والذي يحتفظ به الان. يمده بالسلامة. لكنه لا يمده بالسعادة. ومن هنا نجد منه المقاومة. وغالبا ما تتم عملية اعادة التوجيه من خلال الاستبصار والتفسير.

واسهم سوليفان في دراساته عن الشخصية والسلوك الانساني. وتحدث عن كل جانب من جوانب شخصية الفرد مشيرا الى ان كل جانب من جوانب الشخصية ما هي الا نتيجة للعلاقات الشخصية التي مر بها الشخص في حياته منذ ولادته. وان جوانب شخصيته تلك تظهر عنده عن طريق التفاعل الاجتماعي مع الآخرين. مركزا على جانبين أساسيين في الشخصية هما: الجانب البيولوجي وعدم الامان الاجتماعي وهما الجانبان اللذان يعتبران المصدر الرئيسي في توتر الشخص (الشناوي، 1994). كما أشار الى أهمية العلاقات الاجتماعية المبكرة خاصة فيما يتعلق بين الرضيع وأمه. واشار الى ان الشخصية قد تتغير او يحدث فيها تعديل في سنوات المراهقة.

ولما كان العميل يمتلك القدرة على حل مشكلاته بنفسه دون الاستعانة بالمعالج اذا تعلم كيف يواجه سبب القلق والضيق وتجنب استخدام الاهمال للتخلص من هذه الصعوبات. فقد انطلقت نظرية سوليفان في عملية العلاج من دراسة العلاقات الشخصية المتبادلة للعميل والتعرف الى مسببات القلق والعلاقات الشخصية المتبادلة التي سببته. ويعتمد المعالج في هذا الجانب على دراسة كيفية تطوير حالات الاضطراب عند العميل الى ما وصل اليه الآن. ويمكن للمعالج الاستفادة من ثغرات الذاكرة لدى العميل أثناء فترة الاستفسار كما يتعلم العميل عن طريق التداعي الحر الطليق كيف يخفف شعوره بالالم والضعف التتر. (Ford & Urban, 2003)

واستخدمت هورني التداعي الحر وتاريخ الحالة وزلات اللسان واللاشعور تماما كما كان يفعل فرويد في اساليبه العلاجية. ووضعت ازاء ذلك خمس عمليات يفترض ان يقوم بها المعالج في العملية العلاجية (Ford & Urban, 2003):

- **الملاحظة Observation**: على المعالج ان يلاحظ الانواع العامة لسلوك العميل. مثل: العزلة والدفء، والصراحة والعفوية والتحدي والشكوى والحساسية. كي يتعرف ويفهم الدوافع اللاشعورية للعميل.
- **الفهم Understanding**: يحاول المعالج اكتشاف أهمية النماذج ويقدم فرضيات وحلولا بشكل متكرر لفحص ما اذا كانت المعلومات مرضية. وترى هورني ان اي ملاحظة مهما كانت صغيرة يجب ان تؤخذ بعين الاعتبار. ولا بد للمعالج ان يتساءل في كل مرة عما **تعنيه تلك الملاحظة في سياق الكلام الذي يصدر من العميل** خاصة ما يرتبط منها بالتغيير المفاجيء للعميل خلال عملية العلاج.
- **التفسير Interpretation**: وعلى المعالج فهم الحوادث وان يقدم للعميل تفسيراته عنها. اذا وجد ذلك مناسبا. وأن يتأكد من صحة تفسيراته. فالتفسيرات الصحيحة تعطي اتجاهات جديدة للأفكار وتجعل العميل اكثر تعاونا.

- **المساعدة في المقاومة Help in resistance**: قد تحدث بعض انماط واشكال السلوك من قبل العميل خلال العملية العلاجية كرفض العميل التعاون مع المعالج وبالتالي فقدان العميل لأهمية العملية العلاجية. وبالمقابل قد نجد ان العميل يحتاج في تلك المرحلة الى حب المعالج وصداقته بدلا من فحص الاقتراحات. وعلى المعالج ازاء ذلك ان يشعر العميل بأنه صديق ودود ومخلص له يسعى الى مساعدته بكل امانة واخلاص وان يقوم المعالج كمرحلة أولى: بالتعرف على المقاومة ومساعدة العميل كي يعرفها. وعليه ان يعود الى الوراء ليحدد ما الذي أدى الى المقاومة ومن اين بدأت.

- **المساعدة الانسانية العامة General human help**: يقدم المعالج اهتماما خاصا لشخصية العميل ومشاعره وعواطفه ويعمل على ايصال الوعي في سلوكه اتجاه الناس. قساوتهم وانانيتهم وظلمهم وعداوتهم..ألخ. حتى يتعرف الى جميع الظروف المحيطة به. ثم يقدم للعميل شرحا وافيا حول معنى المساعدة الانسانية العامة. وماذا يمكن للصديق ان يقدم للآخرين من دعم.

5: 4: 2 العلاج الوجودي:

تهتم المدرسة الوجودية في العلاج النفسي إلى الاتجاهات والمشاعر والانفعالات مع ما يصاحب هذا الاهتمام من تغيير في طرق وأساليب العلاج المتبعة في الطرق الأخرى. ولقد عبر ماي May عن وجهة النظر الوجودية في العلاج النفسي بقوله: " إنها الاجتهاد في فهم الإنسان عن طريق قطع الثقة بين الذات والموضوع التي شوشت الفكر والعلم الغربيين منذ عصر النهضة.

وتهتم الفلسفة الوجودية بطبيعة الإنسان ووجوده في العالم الحديث. وبمعنى هذا الوجود عنده. وهي تركز على الخبرة الحاضرة للفرد وعلى وجوده الخاص وخبرته بذلك الوجود.

وبالرغم من ان المعالجين الوجوديين يستخدمون كثيرا من التقنيات العامة التي يستخدمها الآخرون خاصة من أصحاب المدرسة التحليلية في العلاج النفسي حتى أن بينزوانجر Binzwanger يرى في التحليل الوجودي نوعاً من البحث العلمي الأنثروبولوجي. أكثر منه طريقة للعلاج النفسي الذي يكون التحليل النفسي فيه أمرا لاغنى عنه. فان هناك عددا من المظاهر الخاصة التي يبدو أنها تختص بالعلاجات الوجودية وتميزها كمجموعة من غيرها من الأساليب.

فالمعالجون الوجوديون يظهرون أو يقدمون تنوعا كبيرا فيما يتعلق بالتقنية. فتقنياتهم مرنة ومتعددة الجوانب. وتختلف من مريض إلى آخر. ومن مرحلة إلى أخرى من مراحل علاج المريض الحاضر. وهذا يعتمد بالضرورة على ما يقتضيه كشف وجود

هذا المريض بأحسن صورة ممكنة في هذه اللحظة المعينة من تاريخه، ويستخدمون ديناميات التحليل النفسي كظاهرة التحول، والكبت، والمقاومة، ولكن بمعانيهم التي يستخدمونها في المواقف الوجودية في الحياة الراهنة الخاصة بالمريض. وينصب اهتمام المعالج ليس على مشكلاته هو. ولكن على فهم المريض ومحاولة معاناة خبرة وجوده إلى أقصى حد ممكن. ويحاول أن يتجنب السلوك الذي يمكن أن يعون أو يحطم الوجود الكامل للحاضر أو الحضور الكامل خلال العلاقة والتقابل أو التلاقي الكامل مع شخص آخر يمكن أن يؤدي إلى القلق. كما ان هدف العلاج هو أن يخبر المريض خبرته كحقيقة أو كواقع. والغرض هو ان يصبح واعيا بوجوده وعيا كاملا. ويتضمن ذلك الوعي بالإمكانات والقدرة على ان ينشط على أساس هذه الإمكانات. وتفسير الحيل او الميكانزمات والديناميات كجزء من العلاج يجب ان يكون دائما في نطاق وعي الشخص بوجوده. والعلاج يبدأ ليس بالكشف عن أين، ومتى والى أي مدى فشل المريض في تحقيق اكتمال إنسانيته ؟ ولكن بمحاولة جعله يخبر ذلك بأقصى صورة ممكنة.وان يركز في علاجه على هنا والآن، أما الماضي والمستقبل، فلا يهتم بهما إلا عندما تتطلبهما الخبرة الحاضرة. وهنا والآن ليس فقط خبرات المريض خارج الموقف العلاجي. ولكن أيضا علاقاته مع المعالج.

5: 4: 3 العلاج الممركز حول الشخص

تنطلق نظرية العلاج النفسي الممركز حول العميل من فكرة أن الإنسان خير وطيب في طبيعته الأصلية. وانه قادر على إحداث تغيير في نفسه وترتكز في الأساس على جهد المتعالج، واسهامه في تحقيق أغراض المعالجة. وتنظر إلى عملية العلاج باعتبار أن الإنسان الذي يواجه صعوبات. ويعاني من اضطراب نفسي يصدق في الحديث عنه باعتباره شخصا متعالجا يرغب في تحرير ذاته من أعراض تضايقه وتزعج تكيفه مع شروط الحياة حوله بدلا من الحديث باعتباره مريضا تجعله العلة التي أصيب بها عاجزا أو محروما من ممارسة شروط الحياة اليومية. وأن المعالجة النفسية تنفذ من خلال التنافر الحاصل لدى المتعالج بين خبرات طارئة ومفهوم الذات وتقديرها وقيمتها. ومن خلال العلاقة بين المعالج والمتعالج يتم التدخل في الموقف العلاجي بهدف التغلب على ذلك التنافر. ولتحقيق ذلك: (Ford& Urban, 2003)

رفض روجرز مبدأ التشبيه بين المعالجة الطبية والمعالجة النفسية فيما يتعلق بالتشخيص ووضع لأجل ذلك أسسا لابد من القيام بها في العملية العلاجية:

- **التشخيص**: فالتشخيص يعني فحص ما يظهر عند المتعالج من علامات الاضطراب لديه يمكن تحديدها بعدد من الاختبارات والمقاييس النفسية. وهذا لا يتناسب مع معالجة تتبنى المشاركة العاطفية. وفعالية المتعالج للعملية العلاجية

- **التفسير**: وهذا يعني ألا يقوم المعالج بتفسير الأحلام أو تفسير دلالات التداعي، ولا يقوم بتفسير تصرفات المتعالج التي أخذ بها التحليليون الفرويديون كمنحى علاجي لهم. ومن الممكن أن يرى المتعالج نفسه علاقات بين مشكلات حاضرة وخبرات ماضية. أو بين حاجاته العاطفية وطريقة معينة في فهم موقف يتصل بالتفاعل بين الناس.

- **تقديم النصح**: او اعتماد مبدأ القدوة : فالمعالج لا يقول للمتعالج ماذا يجب أن يفعل. أو ما الذي كان عليه أن يفعله في الماضي. ولا يسعى للايحاء له بذلك. فأساس المعالجة الممركزة حول العميل أن لا تقوم على تقليد الآخرين. أو تقمص أفعالهم في مناسبات معينة. بل تقوم على ممارسة المتعالج نفسه. عملية التقمص الداخلي التي تقوده إلى مزيد من التبصر في ذاته وتسمح بأن يتغلب على التنافر.

- **طمأنة المتعالج**: وعلى المعالج ان لا يطمئن المتعالج ولا يعده بنتائج معينة. ولا يسعى لجعله اكثر تفاؤلا في الوصول الى الحلول. فالمتعالج والمعالج يسعيان معا لان يعيشا المشكلة التي يشكو منها المتعالج ويسيران معا في خطوات فهمها من غير ان يوحي المعالج بشيء ما. فالجهد الذي يبذله المتعالج في الجدل حول ما يمر به هو الأصل في بلوغ المعالجة النفسية لأهدافها.

أما ما يقوم به المعالج من أمور فهي متعددة حيث يعمل المعالج على إقامة علاقات مخلصة بينه وبين المتعالج تنطوي على جو من الثقة والتعاطف والتعايش تسمح بتحرير المتعالج إلى أقصى حد ممكن من كل أنواع التهديد الداخلي والخارجي. وتشعر المتعالج في الوقت نفسه ان ثمة من ينصت إليه بإخلاص وان المعالج مهتم به اهتماما أصيلا، وانه يقبله ويكن له المحبة. وتأخذ معظم الأشياء التي يقولها المعالج في أثناء الموقف العلاجي شكل ما يسمى انعكاس المشاعر Reflection of feeling ودون ان يقوم المعالج بأية محاولة للإيحاء أو التعليل. فانه يصغي ويشارك المتعالج عاطفيا بكل مظاهرها واهتماماتها البادية لدى المتعالج. ويستمع المعالج، ويستخدم كلمات قليلة تساعد على تدفق الأفكار والمشاعر عند المتعالج. وقد يعيد صياغة ما يقوله المتعالج لتوضيح المعنى الذي يقصده دون زيادة او نقصان. مما يساعد على جلاء المعاني الانفعالية التي تحملها خبرة المتعالج من اجل المتعالج نفسه. والامتناع عن أي توجيه في المعالجة باعتبار أن عدم التوجيه هو الشيء الحسن. وأن من الأفضل الاكتفاء بإشارات بسيطة تصدر عن المعالج بين الآونة والأخرى. بصرف النظر عما يقوله المتعالج أو لا يقوله. بالرغم من أن هذا الرأي قد وجه إليه النقد من عدد من المنظرين باعتبار ان الامتناع عن أي توجيه يساعد في الإعادة الآلية كالببغاء لمحتوى كل ملاحظة أو استفهام يصدر من المتعالج. وعلى المتعالج أيضا أن يستخدم كل الفترة المحددة للمقابلة العلاجية، ويتقيد بحدودها من حيث البدء ومن حيث الانتهاء، ويقبل بالحدود المفروضة على درجة المحبة

والود الموجهين إليه. من المعالجة وبإجراءات العلاج التي تدعو المتعالج إلى الاعتماد على نفسه في اتخاذ القرارات المتعلقة بمجرى حياته.

5: 4: 4 العلاج الجشطالتي:

تقوم الطريقة الجشطالتية في العلاج النفسي على مبدأين أساسيين هما المبدأ الكلي The Holistic Principle : الذي يقرر أن كل شخص هو كل منظم، والمبدأ الجدلي للنقائض : The Dialectic Principle of Opposites والذي يتضمن مبدأ التوازن The Homeostasis. ذلك أن خبرة الشعور أو الإحساس بالحاجة تؤدي إلى عدم التوازن في الكائن الحي. ويستجيب الكائن الحي لذلك ككل في محاولة لاستعادة التوازن بإشباعه للحاجة. وتبعا للنصوص او المصطلحات الجشطالتية تظهر الحاجة نتيجة للخبرة وتصبح هي الشكل. وينشغل الكائن في سلوك حسي وحركي في تفاعله مع بيئته من اجل الحصول على إشباع للحاجة. وعند إشباعها واكتمال الجشطالت يتلاشى او ينصرف تاركا الكائن مستعدا لظهور حاجة أخرى سائدة. وعملية الوعي او المعرفة المستمرة بالحاجات التي تظهر تسبب عدم التوازن. وتستتبع اتصالا عدوانيا بالبيئة. وإشباعا للحاجة عن طريق الاستيعاب من البيئة وتحقيق توازن وقتي يؤدي من ثم الى تطور ونمو

اهتم بيرلز بالعمل والخبرة أكثر من اهتمامه بالفلسفة. مقدرا أهمية الفلسفة. الا انه كان مترددا فيما يتعلق بتطوير فلسفة منسقة " تستطيع على مستوى الأمل أن تشمل جميع الناس وكل الناس. رفض بيرلز الاعتقاد بأن الكائنات الإنسانية محكومة ومضبوطة بالعوامل الداخلية والخارجية. وهذا يمثل أحد الاختلافات بينه وبين التحليل النفسي. وقد انعكس هذا الرفض في فكرتين أساسيتين هما: الكائنات الإنسانية مسؤولة عن أنفسها وحياتها وعيشها، والسؤال الهام حول الخبرة الإنسانية والسلوك الإنساني ليس " لماذا ؟ " ولكنه " كيف " ؟ ويدخل ضمن هذه الفروض أيضا الاعتقاد بان الإنسانية حرة وأنها تملك إمكانات التغير. (Davison & Neale, 2004). واستنادا لما طرحه بيرلز من مبادئ. فانه رفض مبدأ الثنائيات: العقل- البدن، البدن- الروح، التفكير- الشعور، التفكير- العمل، الشعور- العمل. وهذا الرفض من قبل بيرلز يشكل في حد ذاته طبيعة مفهوم الكلية Holism التي نادى بها. (Corey, 2009)

5: 4: 5 العلاج بالطريقة العقلانية الانفعالية

يعتبر البورت الليز Albort Ellis أول من حاول إدخال العقل والمنطق في عملية الإرشاد والعلاج النفسي. وتبعا لآراء الليز فان عملية العلاج النفسي تتمثل في علاج غير المعقول بالمعقول. وهذا قائم على استخدام العمليات العقلية للفرد. فالإنسان باعتباره كائنا عاقلا. قادر على تجنب الاضطراب الانفعالي والتخلص منه. ومن الشعور

بالتعاسة بتعلم التفكير العقلي المنطقي. ويكاد ينحصر عمل المعالج النفسي في مساعدة المريض على التخلص من الأفكار والاتجاهات غير المعقولة واستبدالها بأفكار واتجاهات معقولة ضمن الخطوات الرئيسية التالية:

1. **الخطوة الأولى:** هي أن تثبت للمريض انه غير منطقي ثم نساعده على ان يفهم لماذا هو غير منطقي.

2. **الخطوة الثانية:** هي ان توضح للمريض العلاقة بين أفكاره المنطقية وبين ما يشعر به من تعاسة واضطراب. ويشير الليز في هذا الصدد إلى أن معظم طرق العلاج النفسي تفعل نفس الشيء لمرضاه ولكن بطريقة غير مباشرة. ثم تتوقف عند هذه الخطوة. أما وجهة النظر العقلانية الانفعالية فهي تزيد خطوة أخري على ما تفعله الطرق الأخرى في العلاج. بأن تطلع العميل على كيفية احتفاظه بالاضطراب طالما انه مستمر في التفكير بصورة منطقية.

3. **الخطوة الثالثة:** هي أن تجعل المريض يغير تفكيره ويترك الأفكار غير المنطقية. فالعلاج العقلي الانفعالي يدرك أن التفكير غير المنطقي يعتبر طبعا من طباع العميل الثابتة التي لا يمكنه التخلص منها أو تغييرها معتمدا على نفسه خلافا لما تقوم به أساليب العلاج النفسي الأخرى التي تترك المريض دون تدخل منها.

4. **الخطوة الرابعة:** وهي التعامل مع المريض مع مجموعة معينة من الأفكار غير المنطقية إلى التعامل مع الأفكار الأكثر عمومية. ومع فلسفة العميل ونظرته إلى الحياة. وفي هذه الخطوة تعد المريض لتجنب الوقوع ضحية للأفكار الخاطئة مرة ثانية.

كما يقوم المعالج بالكشف للمريض بصفة مستمرة عن أفكاره غير العقلانية وأحاديثه النفسية الداخلية غير المنطقية. وذلك من خلال: إبراز الأفكار والأحاديث النفسية غير المنطقية لتصبح في مستوى الانتباه والوعي لدى المريض. وبيان كيفية تسبب الاضطراب عند المريض وتثبته. وتوضيح العلاقة غير المنطقية وغير الدقيقة بين هذه الأحاديث الذاتية الداخلية لدى المريض. وتعليم المريض كيف يعيد النظر في تفكيره وكيف يتحدى ويناقض هذه الأحاديث ويعيدها ويكررها في صورة أكثر منطقية حتى يتم استدخال واستبطان الأفكار المنطقية الجديدة لتحل محل القديمة.

ويقوم المعالج الذي يطبق وجهة النظر العقلانية الانفعالية في العلاج النفسي باستخدام العقل والمنطق والتعليم والإيحاء والجدل والإقناع وتلقين المبادئ وابطال بعض الأفكار متبعا استراتيجية أن يتقلد المعالج دور الداعية الصريح الذي يناقض وينكر الاعتقادات الخاطئة والخرافات المتأصلة في نفس المريض. ويتفقد دور المشجع المقنع

الذي يصر أحيانا على ان يقوم العميل ببعض الأنشطة ويمارس بعض الأعمال التي يخاف من ممارستها بسبب الخوف المبني على الاعتقادات والأفكار الخرافية.

5: 4: 6 أساليب العلاج بالطريقة السلوكية:

يركز العلاج السلوكي على تحليل سلوك الفرد الظاهري لتحديد عوامله ومكوناته الأساسية الإيجابية والسلبية على السواء. ثم حصر مسببات او مثيرات السلوك السلبي" والتي يطلق عليها عادة بالمنبهات Stimuliومعالجتها تدريجيا حتى يصل المعالج النفسي إلى مرحلة يضبط فيها لدرجة ملحوظة السلوك السلبي. ومكونا في الوقت نفسه لدى الفرد بديلا إيجابيا له.

تسير العملية العلاجية من وجهة النظر السلوكية في العلاج النفسي بتحديد السلوك المطلوب تعديله أو تغييره: وهذا يتم عن طريق استخدام عدد من الأساليب الخاصة بجمع البيانات والمعلومات المتعلقة بالسلوك المضطرب مثل: الملاحظة، والمقابلة، واستخدام الاختبارات النفسية، والتقارير الذاتية. وتحديد الظروف التي يحدث فيها السلوك المضطرب: يمكن تنفيذ هذا الإجراء عن طريق الفحص الدقيق والبحث الدقيق في كل الظروف والخبرات التي يحدث فيها السلوك المضطرب وكل ما يرتبط به وما يسبقه من أحداث وما يتلوه من عواقب. وكذلك تحديد العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك المضطرب: ويتم ذلك عن طريق معرفة إجابة الأسئلة التالية: هل كان السلوك يظهر نتيجة خوف شرطي بسيط؟ وهل كان السلوك يعكس خوفا أساسيا معمما يحدث في مواقف مشابهة ولكنها مختلفة؟ وهل كان السلوك يستمر بسبب النتائج التي تؤدي إليها. ومن ثم اختيار الظروف التي يمكن تعديلها أو تغييرها، وإعداد جدول لاعادة التدريب. وتعديل الظروف السابقة للسلوك المضطرب. وتعديل الظروف البيئية.

أولا: النماذج السلوكية في العلاج النفسي:

تحدث منظرو المدرسة السلوكية عن عدد من النماذج والأساليب العلاجية الخاصة بهم. والتي تأخذ منحى الممارسة والبحث العلمي. يمكن إجمالها في ثلاث مناح رئيسية هي:

أ - المنحى الأول:

وهو يرى أن الاضطراب النفسي عادة منحرفة متعلمة. ويمكن علاج هذا الاضطراب بتعطيل الاشراط واعتماد ما يعاكس ذلك الاشراط. وقد استخدم ولبي Wolpi هذا المنحى بشكل واسع مستخدما "مصطلح المعالجة السلوكية Behavior Therapy " في عمله.

ب - المنحى الثاني:

وهو المنحى القائم على مفهوم التعزيز والاشراط الإجرائي الذي قاد العمل فيه سكنر Skinner بحيث يتجه نحو ملاحظة السلوك المضطرب. وإحداث التعديل أو التغيير فيه انطلاقا من مفهوم التعزيز. والاشتراط الإجرائي بشكل خاص مستخدمين مصطلح "تعديل السلوك Behavior modification " في ذلك.

ج - المنحى الثالث:

يشير المنحى الثالث الى الحديث عن دراسة مفاهيم التحليل النفسي مخبريا وبيان مكانتها في التعلم. وقد اعتبر أيزنك Eysenck أحد الذين يمثلون هذا المنحى ويعبرون عن إجراءاته بقوله: "حين ننظر إلى التداعي الحر ونفسره من جديد على انه طريق عملي في الانطفاء Extinction والى الكبت على انه كف مشروط لاشارات تثير استجابات مضايقة. يكون من المقبول القول ان الطريق الجديد للبحث هو اعتماد معطيات المختبر في تطوير تلك الوسائل المناسبة لأحداث الانطفاء في أشكال الكف المشروط.

5: 4: 7 أساليب العلاج بالطريقة الواقعية Real Psychotherapy:

يركز المعالجون بالطريقة الواقعية، على ما يستطيع المرضى ويستعدون إلى عمله في الواقع الحاضر من أجل تغيير سلوكياتهم. ومفتاح هذه الطريقة هو في التشديد على ما يفعله الفرد في الوقت الحاضر. وينظر إلى سلوكياته الحاضرة وان يصدر حكما تقويميا على الطريقة التي يعيشها. من خلال الاجابة عن عدد من الاسئلة مثل: هل يؤدي سلوكه الحاضر إلى ما يريد؟ وإذا كان الجواب سلبيا. فكيف يمكن تغييره ؟.

ويرى المنظرون أنه من الخطأ التركيز على المشاعر أو على المواقف أو المعتقدات او على الأخطاء القديمة أو على العوامل غير الشعورية أو على خبرات الطفولة. وعلى خلاف كثير من المعالجين الذي يركزون على ما فعله العملاء " المرضى " من أخطاء، وانما يجي التركيز على ما يستطيع الشخص عمله الآن للبدء في حياة تتميز بالمسؤولية من أجل هوية ناجحة. وان منهج المعالج النفسي بالطريقة الواقعية يفترض إن إهمال الواقع والعيش بدون مسؤولية هو سبب مشاكل الإنسان. ولهذا يتألف كثير من عمل المعالج مع مرضاه في جعلهم ينظرون إلى ما يفعلونه في حياتهم من زاوية نقدية. ثم اتخاذ القرار عن فعالية سلوكياتهم في تحقيق أهدافهم الحياتية. وعندما يقومون بهذا التقييم فإن المعالج يتوقع ان يقرر ماهية الأنماط التي يرغبون في تغييرها.

5: 4: 8 العلاج بالطريقة الانتقائية الوظيفية :

عزيزي الدارس : قدمنا إليك عددا من نماذج العلاج النفسي التي استخدمت أسسا ومبادئ محددة طورتها واتخذتها سبيلا لعلاج الاضطرابات النفسية عند الأفراد. ولكن :

- أي نماذج العلاج النفسي المطروحة على بساط البحث أكثر قبولا من غيرها؟
- وهل نستطيع استخدام نماذج العلاج النفسي المتعددة في حالة بعينها لنرى أي هذه النماذج أصدق وأنجح في علاج اضطراب نفسي ما دون آخر؟
- وإذا كنا لا نستطيع استخدام كل نماذج العلاج النفسي في آن معا لعلاج اضطراب سلوكي معين ؟
- فهل يمكن القبول بوجهة النظر القائلة بتأليف نظام في العلاج النفسي تتوافر فيه الشروط العلمية من درجة كافية. ويضم ما أثبت البحث العلمي صلاحه في اتجاهات مختلفة تعتمد في العلاج النفسي ؟

ان طبيعة وجهة النظر الانتقائية في العلاج النفسي تقوم على عدم الالتزام بالانتماء إلى أي من النظم العلاجية السابقة. وانما تتميز عنها من حيث هي نظام علاجي تكاملي يخضع لمفاهيم وأسس محددة. ومع ذلك، فان الانتقائية في العلاج النفسي باعتبارها محاولة المزج او التوفيق بين مدارس فكرية متنوعة. على أنها انتقائية مزيفة لا تؤدي الى مزيد من الموضوعية. وهي بالتالي تعرقل التقدم العلمي في مجال العمل السيكولوجي. ويرى سينج وكومز Snygg & Combs إن النظام الانتقائي يؤدي مباشرة إلى عدم التناسب والتناقض. وبالتالي فهي من وجهة النظر العملية تعتبر غير مقبولة.

وعلى الرغم من الانتقادات التي وجهت للجماعة التي اختارت الانتقائية نموذجا مفضلا لديها في العلاج النفسي إلا انه اكتسبت بالمقابل مؤيدين عديدين معتبرين ان الانتقائية تشكل موقفا تنظيريا منظما ومتكاملا. والعلاج الانتقائي كما يراه بتلر Butler أسلوب يدعي انه جهد يحاول وصف العلاج النفسي الانتقائي المنظم. ومع ازدياد عدد المؤيدين لوجهة النظر الانتقائية في العلاج النفسي. زادت بالتالي أساليب الانتقائية والممارسين لها. وكل منهم يعمل تبعا لما يحمله في جعبته من تكنيكات. وعلى أساس من خلفيته الخاصة في التدريب والخبرة والتشيع لهذا او ذاك. ويتناول حالة من غير استناد إلى نظرية عامة أو إلى مجموعة من المبادئ التي توجهه.

وعليه، فانه يمكن تعريف وجهة النظر الانتقائية في العلاج النفسي : بأنها، "التطبيق العملي لأسس وتقنيات تؤخذ من مجالات المعرفة العلمية المتوافرة في المعالجات النفسية من أجل رسم استراتيجية علاجية منظمة تكون مناسبة للحالة التي وضعت لها. "

وانطلاقا من هذا التعريف لوجهة النظر الانتقائية في العلاج النفسي، فانه يمكن تحديد المفاهيم الأساسية التي تخضع لها وجهة النظر الانتقائية في العلاج النفسي :

- المنهج العلمي قاعدة رئيسية وفي التصدي لدراسة كل مشكلة نفسية والتخطيط اللازم في معالجتها. وتنفيذ الاستراتيجية التي ينتهي اليها ذلك التخطيط.
- انتقاء ما هو أفضل وأكثر صحة في المعالجات النفسية المختلفة كأساس يوفر قاعدة مناسبة في تأليف نظام المعالجة النفسية يكون من درجة جدوى عالية ومن مستوى علمي عال كذلك.
- تقوم المعالجة الانتقائية على أساس الاختلاف بين الأفراد والتنوع في الشروط المحيطة بهم. والنظر إلى كل شخص في تفرده من حيث تكونه وسلوكه وحالة اضطرابه.
- توجه المعالجة الانتقائية لغرض واضح محدد وهو تعديل السلوك للمتعالج تعديلا يكفي في الحكم عليه بأنه تغلب على اضطرابه واتجه سلوكه نحو ما هو مقبول ومناسب.

لقد تحدث فريدريك ثورن عن إجراءات العلاج النفسي الانتقائي. متأثرا في ما طرحه ادلر من إجراءات العلاج وما أخذ من التحليل النفسي والسلوكية، والمدرسة الإنسانية والوجودية في هذا المجال. مؤكدا على شخصية الفرد ككل، يوجد ويواجه بيئته مشيرا إلى أن هدف العلاج النفسي هو تحقيق الصحة النفسية للفرد. وهذا يعني من وجهة نظره الإنسانية الكاملة وتحقيق الذات.

وبالرغم من تعدد أساليب العلاج النفسي الانتقائي بتعدد الأشخاص المعالجين بهذه الطريقة. إلا انهم جميعا يشتركون في استخدامهم أساليب تتميز بالخصائص الرئيسية التالية:

- التركيز الإكلينيكي على اللحظة الحاضرة، فالفراغات في مجرى الشعور تعتبر هامة
- المشاعر هي منظمات السلوك
- الذات ومفهوم الذات مع صوره المرتبطة له أهمية أساسية
- الاختبارات والخطط والنيات والاهتمامات الفلسفية والأخلاقية متضمنة في العلاج
- النمو النفسي والصحة النفسية مهمان مثل اهمية المرض النفسي.
- العلاج عملية تطبيقية تنطوى على استخدام أي تقنية فعالة او فكرة فعالة.

5: 5: اساليب العلاج الاسري:

يتركز المفهوم الخاص بالعلاج النسائي على اهمية فهم ومعرفة التعسف النفسي على المرأة والقيود التي فرضها النسيج الاجتماعي السياسي الذي عانت منه النساء. كما يقدم فهما للادوار التي نشأ وترعرع عليها الرجال والنساء والتي تم قبولها واحضارها الى العملية الارشادية. فالتنشئة الاجتماعية للمرأة تؤثر بشكل فاعل في تطور هويتها وفي مفهوم الذات والاهداف والآمال والعافية الانفعالية (سميث وسميث، 2006).

5: 5: 1 المبادىء الاساسية للعلاج الاسري:

لقد وضع العلماء عددا من المبادىء الجوهرية المتداخلة والمتشابكة فيما بينها لتشكل ارضية خصبة لممارسة العلاج النسائي (كوري، 2011):

أ - الشخصي هو السياسي:

بني هذا المبدأ على فرضية ان اساس المشاكل الشخصية او الفردية التي يأتي بها الفرد الى الجلسة العلاجية اساس اجتماعي وسياسي. وبالنسبة للنساء فان هذه المشاكل تشمل التهميش والتعسف والظلم والاخضاع، ثم التنميط. وان الاعتراف بأثر العوامل السياسية والمجتمعية على حياة الفرد تشكل ركنا اساسيا في مقاربة العلاج النسائي.

ب - الالتزام بالتغير الاجتماعي:

ان احد اهداف العلاج النسائي يتمثل في تغيير المجتمع وليس فقط تغيير الفرد. ويمثل الاداء والعمل المباشر لتغيير المجتمع جزء من مسؤولية المعالجين في العلاج النسائي النسائي. وتعريفهن بالظلم والقهر وانهن جزءا من مجموعة دونية وعليهن بتصحيح هذه الاخطاء المجتمعية وطرح صورة مختلفة عن التنظيمات الاجتماعية التي تسعى الى تحرير الرجال والنساء على حد سواء من القيود التي فرضتها الادوار المختلفة بنوع الجنس من اجل مساعدة الفرد على التغيير.

ج - اعطاء قيمة لأصوات البنات والنساء وكذلك لطرق المعرفة التي يتبعونها واحترام وتقدير خبراتهن:

تركز وجهات النظر النسائية على فهم الشعور باليأس والقهر لدى النساء خاصة وان المعالجين التقليديين متأثرون بالمعايير الذكورية ويقومون بمقارنة المعايير النسائية مع المعايير الذكورية ويخرجون بنتيجة وجود اختلاف فيما بينها. كما ان العديد من النظريات والبحوث النفسية تميل الى تقسيم النساء والرجال الى قطبين لكل منهما مميزاته وصفاته. بما في ذلك اختلاف الخبرات الانسانية لكل منهما. وان احد اهداف العلاج النسائي هو استبدال النظام الابوي بالوعي النسائي الذي يعترف بالطرق المتنوعة

للوصول الى المعرفة ويؤمن بها.ويشجع على احترام وتقييم عواطفهن وحدسهن. ومن ثم استعمال خبراتهن الشخصية كمعيار لتقرير ما هي الحقيقة. لتساهم في النهاية الى التغيير المطلق في جسم المجتمع السياسي.

د - العلاقة الارشادية هي علاقة مساواة وتعتبر السلطة مركزية في العلاج النسائي:

ينظر الى العلاقة العلاجية علاقة مساواة والنساء المعالجات يعرفن ان هناك خلل في توازن القوى في العلاقة العلاجية. ومن اجل فانهن يسعين لتكوين علاقة مساواة. وتعمل المناقشة المفتوحة حول السلطة والاختلاف في الادوار في العلاقة الارشادية على مساعدة العملاء لفهم كيف تؤثر ديناميكية السلطة على العملية الارشادية. والعلاقات الاخرى. كما ان الدعوة لتقاسم السلطة مع العملاء وازالة اي لبس وغموض في العلاج أمر ضروري. لان المعالجات النسائية يعتقدن ان جميع العلاقات يجب ان تسعى بكل جهد لتحقيق المساواة والمشاركة من اجل تحقيق الاتصال الحقيقي بين المعالج والعميل.

هـ - التركيز على مواطن القوة ولاعادة تعريف اليأس او الغم السيكولوجي:

تعتبر المعالجات النسائية ان العوامل النفسية الداخلية ما هي الا تفسيرات جزئية للالم الذي يدفع الناس الى اللجوء الى العلاج رافضات في الوقت نفسه تشخيصهن وتصنيفهن بالنموذج المرضي لامراض العقل. وان الالم النفسي يعاد تصنيفه ليس كمرض ولكن للدلالة على ان هناك انظمة غير عادلة وكاستراتيجيات للبقاء والتمسك بالحياة. وان المعالجات النسائيات يتحدثن عن مشاكل المعيشة والحياة اليومية في سياق مهارات التكيف وليس عن اسباب او مسببات مرضية.

و - تحديد جميع انواع العنف والقهر:

يمكن فهم العملاء بأقصى درجة ممكنة في سياق بيئتهم الاجتماعية الثقافية والاعتراف بان عدم المساواة السياسية والاجتماعية لها تأثير سلبي على الناس اجمعين. وان هدف المعالجات النسائية يتركز في العمل على مساعدة الافراد احداث التغيير في حياتهم. بالاضافة الى التزامهن للعمل على التغيير الاجتماعي الذي سيؤدي الى تحرير جميع اعضاء المجتمع من النمطية، التهميش، الظلم، والبحث عن طرق ووسائل تمكنهن من احداث التغيير في بيئة عقيمة من الناحية الاجتماعية السياسية.

5: 5: 2 أهداف العلاج الأسري:

طبقا لنظرية اينز، فان بعض اهداف العلاج النسائي تشمل التمكين Emprovement وتثمين التنوع والاختلاف وتأكيدها السعي بكل جهد الى التغيير وليس الى التكيف، المساواة، التوازن بين الاستقلال والاعتماد المتبادل، التغير

الاجتماعي، ثم العناية الذاتية (الاكتفاء الذاتي). وان الهدف الرئيسي للعلاج النسائي هو في مساعدة الافراد النظر الى انفسهم كوسطاء (Agents) نشيطين بالاصالة عن انفسهم وعن الآخرين. وعلى المستوى الفردي، فان العلاج النسائي يسعى الى مساعدة الذكور والاناث كي يعرفوا نقاط قوتهم الشخصية ويحافظا عليها. والعمل على تمكين العميل من تحرير نفسه من القيود التي فرضتها التنشئة الاجتماعية فيما يتعلق بالادوار الجنسية. اضافة الى تحدي الظلم المستمر الذي اصبح جزءا من مؤسسات المجتمع.

هذا، وقد حدد كل من وورل وريمر اساليب المعالجات النسائية في مساعدة العملاء على (Sharf, 2000):

- ان يكونوا على وعي تام بعملية التنشئة الاجتماعية والادوار التي رسمتها لكل من الذكر والانثى
- تحديد الرسائل الداخلية التي تم تذويتها (اصبحت جزءا من الذات) واستبدالها بمعتقدات اكثر ايجابية وثراء للذات.
- فهم كيف أثرت المعتقدات الاجتماعية النسائية وما يتعلق بالظلم والقهر عليهن بطرق ووسائل سلبية
- اكتساب المهارات لاحداث التغير في البيئة
- اعادة بناء المؤسسات والتخلص من الممارسات التمييزية
- العمل على تطوير مدى واسع من السلوكات يتم اختيارها بحرية
- تقييم أثر العوامل الاجتماعية على حياتهم.
- تطوير الاحساس بالسلطة الاجتماعية والشخصية
- معرفة سلطة وقوة العلاقات والارتباطات
- الثقة بخبراتهم وبحدسهم.

ان دور المعالج في العلاج النسائي يتمثل في احتضانه لمجموعة من الافتراضات الفلسفية التي يمكن تطبيقها على العديد من التوجهات النظرية التي يمكن تقييمها على اساس كونها متوازنة في نظرتها الى النوع الجنسي.، ومرنة في توجهاتها الثقافية المتعددة، تفاعلية وديناميكية، وتخطط لمدى الحياة في توجهاتها. كما ان العلاقة بين المعالج والعميل علاقة مبنية على التمكين والمساواة كي يتم تحديد واستعمال السلطة بمسؤولية والسعي للتخفيف من ظاهرة فرض قيم المعالج على العملاء. والسماح باختيار البقاء في عملية العلاج مع المعالج او التخلي عنه. وعلى المعالجات النسائيات ان يعملن على تقاسم السلطة في العلاج بين المعالج والعميل عن طريق توظيف عدد من الاستراتيجيات من ابرزها:

- الحساسية الشديدة بعدم اساءة استعمال السلطة في العلاقة العلاجية
- تركيز المعالجين على السلطة التي يتمتع بها العميل في العلاقة العلاجية وجعل ذلك جزءا من العملية العلاجية
- العمل على ازالة الغموض في العلاقة العلاجية وذلك بمشاركة العميل العميل في الرفض او الموافقة على اي تشخيص. والكشف والتعبير المناسب عن الذات

5: 5: 3 العلاج الأسري في التحليل النفسي:

يهدف العلاج الاسري بطريقة التحليل النفسي الى احداث تغيير في البنى التحتية او البنى الكامنة Undrlying Structures وراء سلوك الاسرة. وتخفيف حدة الاعراض المرضية وتقليل مظاهر المشكلة عن طريق تعديل الخصائص والصفات الواضحة في التفاعل الاسري. وعلى المعالج ان يساعد الاسرة على توسيع ادوارها المعتادة في نفس الوقت الذي يحافظ على شعور العائلة بأنها آمنة. وانها محاطة بكل وسائل العون والمساعدة. كما يجب ان تربط المعالج بالتحليل النفسي علاقة قوية مع الاسرة بحيث ترقى الى مستوى التحالف بينهما في السعي نحو تحقيق هدف واحد. عن طريق عملية انخراط Engagement الاسرة في العلاج. مع الاخذ بعين الاعتبار الفروق بين انخراط فرد وانخراط اسرة في العلاج.

ويعمل المعالج الاسري كما في المعالج الفردي على اساس ان لكل عرض مرضي وظيفة. ويكون للاضطراب او العجز وظيفة تكيفية. فحدث التغير يمكن ان يدخل الاسرة في موقف جديد سترتب عليه فقدان العرض. وعليه ان يتصرف بحيوية وفاعلية وتركيز على منطقة معينة من مناطق المشكلة التي يعتقد انه يسهل اقناع الاسرة بتقبلها والاستعداد للتغيير بشأنها.

وعلى المعالج الاسري ان يتميز بعدد من الخصائص الاساسية المتعلقة بحسن الاستعداد لفهم وتحليل المعاني اللاشعورية للتواصل الاسري. كما ان عليه ان يتعامل مع الاسرة على النحو الذي يحفز على التغيير في الوقت الذي يعلم فيه ان الاسرة في قرارة نفسها لا تريد تغييرا فهو يستحثها على التغيير بطريقة غير مباشرة. وان كانت حاسمة. معتمدا على الاقناع والكشف عن العوامل اللاشعورية المرتبطة بالمشكلة. ومستعينا بالعلاقة التي أنشأها مع افراد الاسرة وبتأثيره الشخصي عليهم حتى يدخلهم في دائرة قبول التغير وبدون ان يفقدهم كمرضى اذا ما انقطعوا عن العلاج.

5: 5: 4 العلاج الاسري السلوكي:

يتضمن العلاج الاسري السلوكي تيارات عديدة وانظمة فرعية داخل النظام السلوكي الاكبر ابتاداء من كتابات وسكنر ودولارد وميللر وفولي وباندورابحيث تشترك هذه الانظمة جميعها في عناصر عامة تعطي للنظام السلوكي طابعه المتميز.

وتعتمد فنيات العلاج السلوك الاسري على فنيات اساسية اشتملت على الآتي:

أولا: فنيات تعتمد على الاشراط الاستجابي:

1 - ازالة الحساسية بطريقة منظمة:

وهي من اشهر واقدم الفنيات السلوكية التي تعتمد على الاشراط الاستجابي او الكلاسيكي الذي يشترط فيه مثيران فيكتسب احدهما خاصية الآخر. كما تعتمد عملية الاشراط المضاد على تحديد المواقف التي تستثير الاستجابات غير المرغوبة ثم تحدد بعد ذلك استجابة طبية مرغوبة من شأنها ان تتعارض مع الاستجابة غير المرغوبة كالاسترخاء مثلا.

2 - الغمر او الاغراق Flooding:

تعتمد هذه الفنية على ان يتعرض المريض للموقف المثير للقلق بصورة مباشرة ولفترة وهو في حضرة المعالج. اي في موقف آمن حتى تنطفيء الاستجابات الانفعالية غير المرغوبة المرتبطة بالموقف.

3 - العلاج التنفيري Aversive Therapy:

يعتمد هذا النوع من العلاج على اشراط المنبه المنفر بالسلوك المشكل والمراد التغلب عليه. او ان يتبع المنبه المنفر حدوث السلوك المشكل. وغالبا ما يكون المنفر صدمة كهربائية او شراب مقيء او مسبب للغثيان. او ان يكون تخيلا لمنبه ضار او مؤذ او مكدر. ويستخدم هذا النوع من العلاج في علاج السلوك المنحرف والذي قد يضر الفرد او يضر الجماعة ولم تجد معه الاساليب الاخرى.

ثانيا: فنيات تعتمد على الاشراط الاجرائي:

1 - ضبط المثير Stimulus Control:

ويقصد به ابعاد كل المثيرات والموضوعات التي اكتسبت اشراطا بالسلوك غير المرغوب فيه والمطلوب الاقلال منه او حذفه كليا. ومن الاساليب التي تنزع الى ضبط المثير احاطة الفرد نفسه بالمثيرات المعاكسة.

2 - تعزيز السلوك المرغوب فيه Reinforcement for the desired behavior:

وهو اشهر اساليب اكتساب السلوك عند السلوكيين. وله صورتان:

- **التعزيز الايجابي Positive Reinforcement**: وهي تنطبق على السلوك الذي يجلب لصاحبه فائدة او منفعة او لذة.

- **التعزيز السلبي Negative Reinforcement**: وهي تنطبق على السلوك الذي يجنب صاحبه ضررا او الما او مشقة.

3 - التشكيل Shaping:

ان تعلم السلوك في اسلوب التشكيل يعتمد على توفير التعزيز في حال اقتراب السلوك او الاستجابة من السلوك المطلوب. وتوقف التعزيز في الحال التي يبتعد فيها السلوك عن السلوك المطلوب تعلمه. وبحسب التقاليد السلوكية فانه لا بد وان يصدر السلوك اولا ثم يدعم حتى يمكن اتاحة الفرصة لاكتسابه.

4 - الاقتداء (النمذجة) Modeling:

قد يحدث الاقتداء على نحو عفوي او بالصدفة عندما يرى الانسان سلوكا ما كان يخاف او يخشى ان يقوم به. ثم يلاحظ آخر يقوم بهذا السلوك بدون ضرر أو خطر او خوف فيشجعه ذلك على ان يأتي السلوك. الا انه في كثير من الحالات فان الاقتداء يحدث بشكل عمدي وقصدي تدريبي عندما يؤدي المدرب سلوكا معينا أمام المتعلم بهدف التعليم حيث يطلب المدرب من المتدرب الملاحظة والتقليد.

5 - التلقين والاخفات Prompting and Fading:

نعني بالتلقين استخدام مثيرات اضافية تساعد على زيادة احتمال اداء الفرد للسلوك المطلوب تعليمه. وتساعد المثيرات الاضافية مع المثيرات المتوافرة في البيئة على اتيان السلوك. والتلقين نوع من الحفز او الدفع للفرد كي يأتي سلوكا معينا والايحاء له او التلميح بأن سلوكه سيدعم.

وفي الاخفات فاننا نحتاج الى تحديد المثيرات الطبيعية التي ستحل محل المثيرات الاضافية التي استخدمت في عملية التلقين. وينبغي ان تكون هذه المثيرات موجودة بشكل دائم في البيئة. حيث تبدأ عملية الاخفات بعد ان يتعلم المتعلم المهارة او السلوك المطلوب تعلمه.

6: قائمة المراجع:

- باترسون. هـ. (1981). **نظريات الارشاد والعلاج النفسي**. (القسم الأول) ترجمة حامد عبد العزيز الفقي. الكويت: دار القلم.
- ثابت، عبد الرؤوف (1986). **الطب النفسي المبسط**، دار النهضة العربية، القاهرة.
- جلال، سعد: (1992). في الصحة العقلية (1992): **الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية**. دار المطبوعات الجديدة. الاسكندرية.
- الحاج، حميد احمد (2001). **بيولوجيا الانسان**. عمان: مركز الكتاب الاردني
- دائرة المعارف البريطانية، 1985
- **والنفسي: علم الامراض النفسية**. بيروت: دار النهضة العربية
- رضوان، سامر جميل (2011): **الصحة النفسية**، عمان: دار المسيرة للطباعة والنشر والتوزيع
- الرفاعي، نعيم (1987). **الصحة النفسية: دراسة في سيكولوجية التكيف**. دمشق مطبعة جامعة دمشق.
- زهران، حامد عبد السلام (2005). **الصحة النفسية والعلاج النفسي**. القاهرة: عالم الكتب.
- زهران، حامد عبد السلام.:(2005) **التوجيه والارشاد النفسي**. القاهرة: عالم الكتب،
- الزيات، فتحي مصطفى (1996). **سيكولوجية التعلم بين المنظور الارتباطي والمنظور المعرفي**. القاهرة: دار النشر للجامعات.
- الزيات، فتحي مصطفى (2003). **الأسس البيولوجية والنفسية للنشاط العقلي المعرفي**. القاهرة: دار النشر للجامعات،
- سلطان، عماد الدين، (1992). **الطب النفسي**. القاهرة: دار النهضة العربية
- سميث، لروبرت وسميث، باتريشيا (2006). **الارشاد والعلاج النفسي الاسري. موضوعاتت وقضايا أساسية**. ترجمة فهد عبد الله الدليم. الرياض: النشر العلمي والمطابع – جامعة الملك سعود
- سوين، ريتشارد (1979): **علم الأمراض النفسية والعقلية**، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة ،القاهرة: دار النهضة العربية.
- السيد، عبد الحليم وآخرون (2003). **علم النفس العام، القاهرة**: دار غريب.

- **الشناوي، محمد محروس (1994).** نظريات الارشاد والعلاج النفسي. **القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.**
- عبد الغفار، عبد السلام (2007). **مقدمة في الصحة النفسية**. عمان: دار الفكر
- **عكاشه، أحمد (2003).** الطب النفسي المعاصر. **القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.**
- فهمي، مصطفى احمد (1987). **الصحة النفسية: دراسات في سيكولوجية التكيف**. القاهرة: مكتبة الخانجي.
- الكناني، ممدوح عبد المنعم والكندري، أحمد محمد (1995). **سيكولوجية التعلم وأنماط التعليم**. الكويت: مكتبة الفلاح للتوزيع.
- كوري، جيرالد (2011). **النظرية والتطبيق في الارشاد والعلاج النفسي**. ترجمة سامح وديع الخفش. عمان: دار الفكر.
- مراد، يوسف (1975). **مبادئ علم النفس العام**، (ط 5)، القاهرة: دار المعارف.
- مرسي، سيد عبد الحميد (1976): **الارشاد النفسي والتوجيه التربوي والمهني**: القاهرة: مكتبة الخانجي.
- ملحم، سامي محمد (2011). **مبادىء التوجيه والارشاد النفسي**. عمان: دار المسيرة
- منصور، طلعت وآخرون (1984). أسس **علم النفس العام**، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة،
- نجاتي، محمد عثمان (1984). **علم النفس في حياتنا اليومية**. الكويت: دار القلم
- **يوسف، جمعة سيد (2001).**النظريات الحديثة في تفسير الامراض النفسية. **القاهرة: دار غريب.**

- Atkinson ‹R. ‹Atkinson ‹R. ‹&Hilgard ‹E. (2005**). Psychology**. New York: Harcourt Brace Jovanovich ‹publishers.
- Bakal ‹D. A.;(1999) **Psychology and medicine: Psychological dimensions of health and sickness**. New York: Springer publishing company ‹Inc.
- Bandura ‹A.;(1977). **Aggression: A Social learning analysis**. N.J. Prentice - Hall. Englewood cliffs.
- Baron ‹R. A. ‹& Kalsher ‹M. J.;(2002). **Essentials of psychology.** Boston: Allyn and Bacon.
- Beck ‹A. T. ‹(1997). **Depression ‹Clinical experimental and**

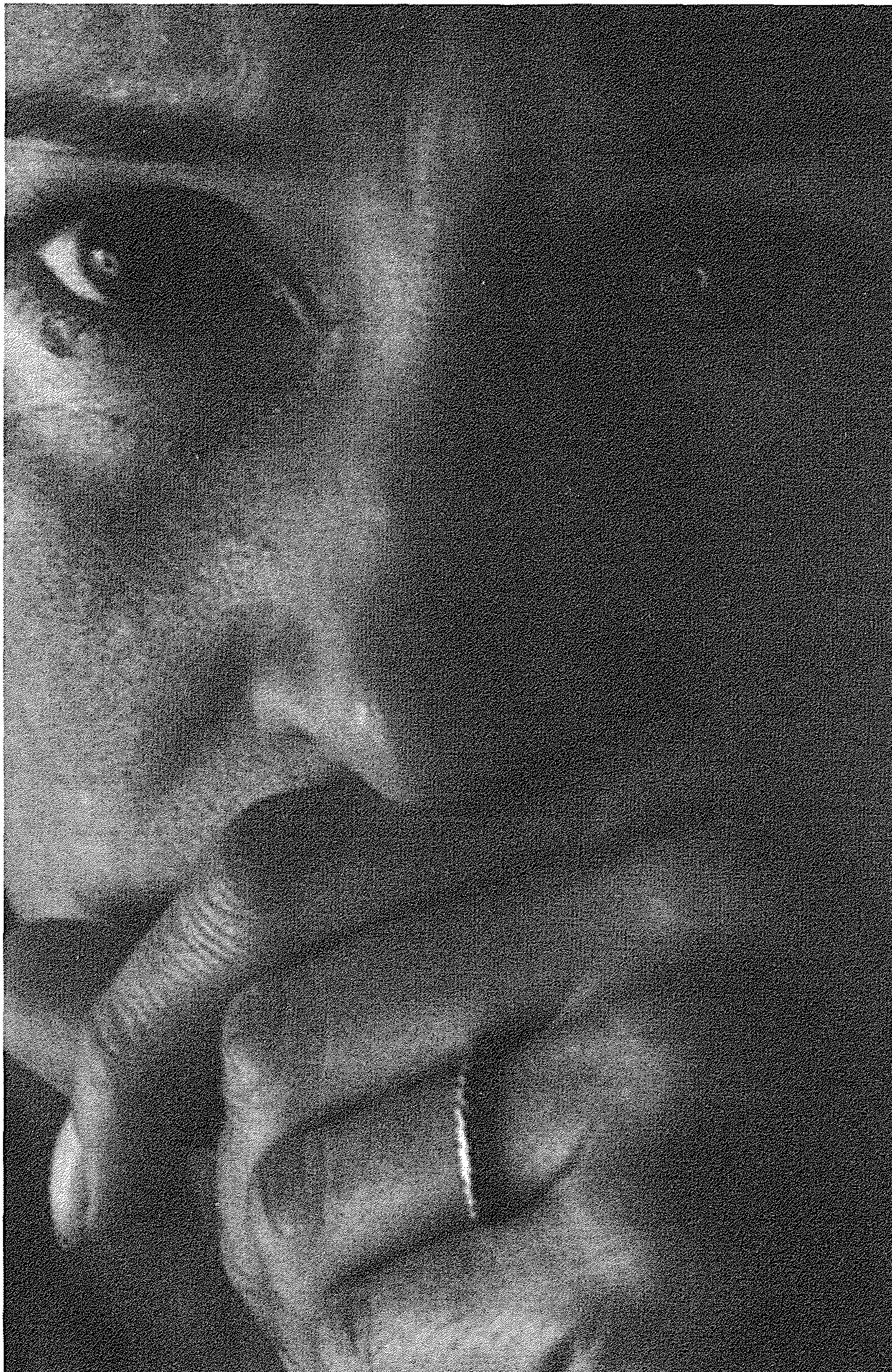
theoretical aspects. London: Staples press.

- Berk ،L. E.;(2002). Infants ،Children ،and Adolescents. Boston: Allyn and Bacon.
- Brannon ،L.، & Feist ،J.;(2004) **Health psychology: An introduction to behavior and health**. Australia: Thomson ، Wadsworth.
- Carson ،C. C.,Butcher ،J. N. ،& Mineka ،S.;(2003). **Abnormal psychology and modern life. Boston**: Allyn and Bacon.
- Comer ،R. J. ،(2004). **Abnormal psychology**. New York: Worth publishers.
- Corey ،G.;**(2009). Case Approach to Counseling and Psychotherapy**. Monterey: California: Brooks/Cole Publishing Company.
- Davison ،G. C ،& Neale ،J. M.;(2004) **Abnormal psychology**. New York: John Wiley & Sons ،Inc.
- Dodwell ،P. C.;**(1999). Causes of behavior and explanation in psychology**. J. of mind ،N5 ،PP: 1 - 15 ،
- Dumas. J.، & Nilsen ،W. (2003). **Abnormal child and adolescent psychology**. New York: Ally & Bacon.
- Ford & Urban (2003). **Systems of psychotherapy**. New York: John Wiley & sons.
- Gage ،N. L. & Berliner ،D. C.;(2004). ***Educational Psychology.*** Rand McNally ،College Publishing Co. Chicago.
- Goldman ،H. H.;(2002) **Review of General Psychiatry**. New York: Prentice – Hall International Inc. 1992.
- Gotlib ،L. H. ،& Hammen ،C. L. ،(2002). **Handbook of depression**. London: The Gailford press.
- Halonen J. S. ،& Santrock ،J. W.(2003); **Psychology: Contexts of behavior.** Madison: Brown & Benchmark Publishers.
- Holms ،D.;(2001) **Abnormal psychology.** New York: Harper Collins publishers ،Inc.

- Kendall ‹P. C. & Hammen ‹C.; (1998). **Abnormal psychology: understanding human problems**. Boston: Houghton Unifying. Co.
- Lahey B. B.;(2007**). Psychology: An Introduction**. New York: WCB: Brown & Benchmark. The McGraw – Hill companies.
- Lefton ‹L. ‹& Brannon. L.; (2003). **Psychology**. New York: Pearsin Education ‹Inc.
- Martin ‹G. ‹& Pear ‹J.; (2003). **Behavior modification: What it is and how to do it**. London: Prentice – Hall international.
- Marx ‹A. W.;(1998) **Introduction to Psychology: Problems procedures and principles**. New York: McMillan Pub. Co. Inc.
- Nairine ‹J. S.; (2003). **Psychology: The adaptive mind**. Australia: Thomson. Wadsworth.
- Nevid ‹J. S. ‹Rathus ‹S. A. ‹& Greene ‹B.; (2003). **Abnormal psychology in achanging world**. New Jersey: Pearson education International.
- Owens ‹K.;(2002) **Child & Adolescent development: An integrated approach**. Aust.: Wadsworth: Thomas learning.
- Papalia D. E. ‹& Olds S. W.;(2005). **Psychology**. New York: McGraw – Hill Book Company.
- Papalia ‹D. E ‹& Olds ‹S. W.;(2006). **A Child's world**.. New York: McGraw – Hill ‹INC.
- Patterson ‹C. ‹H.; (2000). **Theories of counseling and psychotherapy**. New York: Harper & Row ‹Publishers
- Peterson ‹C.; (2001). **Introduction to Psychology**. New York: Harper Collins Publishers.
- Rathus A. R.;(1993). **Psychology**. New York: Holt ‹Rinehart and Winston.
- Rathus ‹S. ‹A.; (2002**). Psychology in the new millennium**. New York: Harcourt college publishers.
- Rimm ‹D. ‹Masters ‹J.; (2009). **Behavior therapy: Techniques and imperical findings**. New York: Academic press.

- Roediger 111 H. L. et al.;(2007). **Psychology.**. Boston: Little ‹ Brown and company.
- Rummel ‹J. T. & Ballaine ‹W. C. ;(2003). **Research Methodology in Business**. New York: Harper & Row.
- Schwartz ‹S.; (2003). **Abnormal psychology**. Calif. Mayfield publishing company.
- Scully. J. H. ‹et al.;(2000) **Psychiatry**. Malvern: Pennsylvania: Harwal Publishing Company.
- Sharf ‹R. S,;(2000). **Theories of psychotherapy & Counseling**. Australia: Brooks/Cole: Thomson learning.
- Slavin ‹R.; **Educational psychology** (2000). Boston: Allyn and Bacon.
- Sternberg ‹R. J. ‹(2004). Psychology. Australia: Thomson Wadsworth.
- Sue ‹D. ‹Sue ‹D. ‹& Sue ‹S.; (2003). **Understanding abnormal behavior**. New York: Houghton Mifflin company.
- Thompson ‹C. ‹L. ‹et al.;(2006). **Counseling children**..Australia ‹Thomson. Brooks/cole.
- Trull ‹T. J. & Phares ‹J.;(2004). **Clinical psychology**. Australia: Thomson Learning & Wadsworth.
- Wade ‹C. & Tavris ‹C.;(2003). **Psychology** ‹New York: Harper Collins. College publishers.

الوحدة الثانية
ضغوط الحياة



الوحدة الثانية

ضغوط الحياة

1: ضغوط الحياة

- ماهية الضغط
- المساهمات النظرية في دراسة الضغط
- ما الذي يجعل الاحداث ضاغطة
- اهمية دراسة الضغوط في مؤسسات العمل
- مصادر الضغوط
- مصادر الضغوط المزمنة

2: ردود الفعل تجاه ضغوط الحياة

- اضطرابات التوافق
- السلوك الاجرامي
- الانتحار
- الإحساس بالألم
- ادارة الضغط

الوحدة الثانية
ضغوط الحياة

1: المقدمة:

1: 1 تمهيد:

مهما حاول الفرد اخفاء الجوانب السلوكية او المظاهر الخارجية لانفعاله ليتصنع قدرا من الهدوء والثبات . أو يتجنب المواجهة والاعتراف . فان تعبيرات وجهه Facial Expression تنطق بما يعانيه هذا الفرد من حالات انفعالية . وتغيرات جسمية ونفسية نتيجة تعرضه لضغوط معينة في مواقف معينة .

ويعتبر مفهوم الضغط مفهوما مهما للباحثين في العلوم الانسانية والفيزيولوجية. فكلمة الضغط Stress مشتقة من اللاتينية واستخدمت منذ القرن السابع عشر لتشير الى الصعاب والشدة او الضيق والمحنة او الحظ العاثر او الضراء او الأسى او الحزن أو الالم، ثم تطور استخدامها ليعني القوة او الضغط او التوتر والجهد. (Riggio, 2000)

1: 2 الأهداف:

عند الانتهاء من دراستك لهذه الوحدة ان تكون قادرا على أن:

- توضح المقصود بالضغط:
- تصف طبيعة الموقف الضاغط:
- تذكر الأعراض الشائعة للضغط:
- تبين المساهمات النظرية في دراسة الضغط:
- تحدد ما الذي يجعل الاحداث ضاغطة:
- توضح اهمية دراسة الضغوط في مؤسسات العمل:
- تذكر مصادر ضغوط العمل الشخصية :
- تذكر مصادر ضغوط العمل التنظيمية :
- تذكر مصادر الضغوط المزمنة:
- تصف اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة
- تذكر النماذج النظرية لاضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة:
- تشخص اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة:
- تحدد الظروف المسببة للضغط المزمن:
- تبين العلاقة بين الضغط المزمن والصحة:

- تحدد ردود الفعل تجاه ضغوط الحياة
- تعرف اضطرابات التوافق
- تعرف السلوك الاجرامي
- تعرف الانتحار
- تصف الإحساس بالألم
- تبين نموذج جوردن في ادارة الضغط
- تبين نموذج ستيرز وبلاك في ادارة الضغط
- تذكر نموذج نورت كرافت ونيل في ادارة الضغط
- تحدد نموذج هامفريز في ادارة الضغط
- توضح فيرز وجيل في ادارة الضغط
- تصف نموذج فينتشام وورودز في ادارة الضغط
- تصف نموذج رايت ونو في ادارة الضغط
- تذكر نموذج وود وآخرون في ادارة الضغط
- نموذج هيدريجيل وآخرون في ادارة الضغط
- تذكر نموذج نيلسون في ادارة الضغط
- تذكر نموذج دوبرين: في ادارة الضغط
- تصف نموذج ناش: في ادارة الضغط
- تصف نموذج الخالدي في مواجهة ضغوط الحياة

2: ماهية الضغط:

2: 1 المقصود بالضغط:

تناول الباحثون مفهوم الضغط في دراساتهم بشكل مستفيض. فعرف ميكرات) الضغط على انه ذلك الاحساس الناتج عن فقدان التوازن بين المطالب والامكانات. ويصاحبه عادة مواقف فشل، حيث يصبح هذا الفشل في مواجهة المطالب والامكانات سببا قويا في احداث الضغوط النفسية. واشار اليه ميلر (Miller, 1983) على انه حالة من التوتر او الضيق تنشأ عندما يستجيب الفرد لمطالب وضغوطات قد تأتي من الداخل او من الخارج. وتحدث عنه فولكمان (Folkman, 1984) على انه مصطلح يتضمن العلاقة بين الشخص والاحداث البيئية والتفاعل بينهما. وينتج الضغط عندما يقابل الفرد ضغط التغيير بصورة غير مرغوب فيها. واشار تايلور (Taylor, 1986) الى الضغط باعتباره عملية تقييم للاحداث المؤلمة والمهددة والمثيرة للتحدي بهدف تحديد الاستجابات الاساسية لكل تلك الاحداث التي يقوم بها الفرد تجاه المثيرات التي تفقد توازنه (Schermerhorn, 2001). وانه خبرة انفعالية سلبية يترافق ظهوره مع حدوث تغيرات بيوكيميائية وفسيولوجية ومعرفية وسلوكية يمكن التنبؤ بها. ويمكن ان تؤدي اما الى تغيير الحدث الضاغط. او الى التكيف مع اثاره.

وعرفها ألمير (1995) بأنها " تأثير داخلي لدى الفرد ينجم عن التفاعل بين القوى الضاغطة ومكونات الشخصية، وقد يؤدي إلى اضطرابات جسمية أو نفسية أو سلوكية لديه تدفعه إلى الإنحراف عن الأداء الطبيعي، أو قد يؤدي إلى حفزه على تحسين الأداء ". واشار اليها عنوز (1999) بأنها حالة تنتج عن ضعف الانسجام والتوافق بين الأفراد وبيئة عملهم التي تفرض عليهم متطلبات متزايدة تفوق قدرتهم على مواجهتها. كما اورد الخوالدة (2005) تعريفا للضغط بأنه مجموعة من المثيرات التي تتواجد في بيئة عمل الأفراد والتي تنتج عنها مجموعة من ردود الأفعال التي تظهر في سلوك الأفراد في العمل، أو في حالتهم النفسية والجسمانية، أو في أدائهم لأعمالهم نتيجة تفاعل الأفراد مع بيئة عملهم التي تحوي الضغوط. وعرف سيلي Selye المشار اليه في (Brannon & Feist, 2004) في معرض أبحاثه في الخمسينيات من القرن الماضي، الضغط بأنه استجابة الجسم غير المحددة لأي متطلب من متطلبات البيئة السارة أو غير السارة. وعرف كيرياكو Kyriacou (كيراكو، 2004) الضغط بأنه تلك المشاعر السلبية غير المحمودة. مثل الغضب والاحباط والفتور العصبي والتي تنتج من اجل العمل.

الا ان كلمة الضغط قد تم استخدامها بطرق مختلفة من قبل اناس مختلفين. حيث يفضل البعض استخدام كلمة الضغط للدلالة على الضغوطات والمتطلبات التي تواجه الانسان. واستخدام كلمة القيود للدلالة على رد فعله تجاه ذلك الوضع. ويستخدم فريق آخر كلمة الضغط للاشارة الى مستوى التحدي الذي يواجه الفرد سواء كان هذا التحدي سلبيا او ايجابيا. وعلى سبيل المثال: البدء بعمل جديد او شراء بيت جديد والذي يتطلب خليطا من المشاعر الايجابية والسلبية بعضها ممتع والاخر غير ممتع.

وبالرغم من تعدد التعريفات الخاصة بالضغوط. الا انها تشير في مجملها الى جميع أشكال التفاعل النفسي والفسيولوجي الناشئة من تعرض الناس لمواقف معينة تهدد سلامتهم وسعادتهم. وقد أظهرت الدراسات العديدة أن ضغوط العمل المستمرة على الشخص تحدث آثارا جانبية سلبية على صحته الجسمية والنفسية كأمراض القلب، وارتفاع ضغط الدم، والتوتر ، والشعور بالاحباط والاضطهاد . ويؤدي بالتالي الى انخفاض مستوى الأداء في العمل . وكثرة التغيب أو حتى ترك العمل.

2: 2 طبيعة الموقف الضاغط:

ركز الباحثون في دراساتهم عن الضغط حول الاحداث الضاغطة واصطلحوا عليها مسببات الضغط Stressors والتي تتضمن الضجيج، والاكتظاظ، والعلاقة الاجتماعية السيئة، والخضوع لمقابلات عدة من اجل البحث عن عمل. او تغيير العمل. وقد ساعدت دراسة مسببات الضغط على تحديد بعض الظروف التي يمكن اتحدث الضغوط اكثر من غيرها.

والعمل بالنسبة للكثيرين منا يشغل أكثر من أربعين ساعة في الاسبوع. واذا اعطينا ارقاما لسفرنا اليومي والاعداد ووقت الغذاء. واكمال الدراسة ومجرد التفكير في الوظيفة فان كثيرا منا يضع تقريبا نصف ساعات يقظتنا في عملنا.

لقد جاء الاهتمام بدراسة ضغوط العمل بعد ظهور مدرسة العلاقات الانسانية. وبدأت البحوث – ولا تزال – في التعرف على ضغوط العمل وتأثيرها على بعض المتغيرات كالأداء والرضا الوظيفي. وحسب وجهة النظر التي اشار اليها جميليج (Gemelech) فان الحالة التي يشعر بها الفرد بالتوازن النفسي والعاطفي . هي عندما يتعرض لضغط مثالي. او معتدل تكون نتيجته ارتفاع الاداء الى اقصى حدوده. وقد اجريت العديد من البحوث التي حاولت التعرف على علاقة ضغوط العمل بعدد من المتغيرات مثل الدافعية (Riggio, 2000).

ويمكن النظر إلى ضغوط العمل من عدة جوانب. فمن حيث هي استجابة للتهديد: فان الباحثين يربطون بين الضغوط والبقاء للإنسان معتبرين الضغوط سببا من أسباب بقاء الإنسان لما يترتب عليها من محاولة الدفاع عن النفس والبحث عن وسائل الحماية والتكيف. ومن حيث النظر الى الضغوط على انها وامل داخلية متعلقة بالفرد: على اعتبار ان ضغوط العمل تمثل دافعا للفرد نحو البقاء. الا ان المصادر المسببة للضغوط لا تأتي بالضرورة من خارج الفرد فقد تكون كامنة في طبيعته حيث تمثل مصدر ضغوط له تدفعه الى محاولة التكيف مع العالم الخارجي.

ولحسن الحظ، فقد وجد علماء النفس اجراءات عديدة يمكن اخذها لتقليل الضغط الذي يواجهه العمال في موقع العمل. ويستطيع الفرد ان يبدأ بتحليل موضوعي لموقع العمل لتقرير ما اذا كانت الشروط الطبيعية معيقة اكثر من كونها معززة لنوعية حياة العمل. وينشأ قدر كبير من ضغط الوظيفة من الزواج الخاطىء بين متطلبات الوظيفة وبين قدرات وحاجات الموظفين ولمنع هذا الزواج الخاطىء تقوم الشركات باستخدام اجراءات حماية دقيقة. (مثل: المقابلات والاختبارات النفسية) لتجنيد موظفين تتوافق شخصياتهم مع متطلبات الوظيفة ثم تقوم الشركات بالتدريب والتعليم الذي يحتاجونه لاعطاء المهارات المحددة التي تعين العمال على القيام بالعمل بشكل نشط. ويجب ان تكون متطلبات الوظيفة محددة وواضحة قدر الامكان(Riggio, 2000) .

2: 3 الأعراض الشائعة للضغط:

يؤثر الضغط على الأفراد باشكال مختلفة، الا ان احد الاعراض التي يشعر بها الجميع هو الشعور بالقلق. وما عدا ذلك فان الشعور في الضغط يختلف من شخص الى آخر. وهناك فرق بين الناس الذين يكون رد فعلهم عصبيا مثل فقدان السيطرة ، وبين الافراد الذين يكون رد فعلهم جسديا مثل تعرضهم للقرحة. ولكن ولأسباب غير معروفة، فان كل شخص قد طور ردا مختلفا للضغط على المستوى النفسي والجسدي.

وقد ركزت معظم تعريفات الضغط في عصرنا الحاضر على العلاقة بين الفرد وبيئته. على اعتبار ان الضغط هو ما ينشأ عن عمليات التقييم التي يقوم بها الفرد. وفيما اذا كانت امكانياته كافية لمواجهة مطالب البيئة ام لا. ويتقرر الضغط ازاء ذلك بمدى الانسجام بين الفرد وبيئته. وعندما تفوق امكانات الفرد مع ما هو مطلوب للتعامل مع الموقف

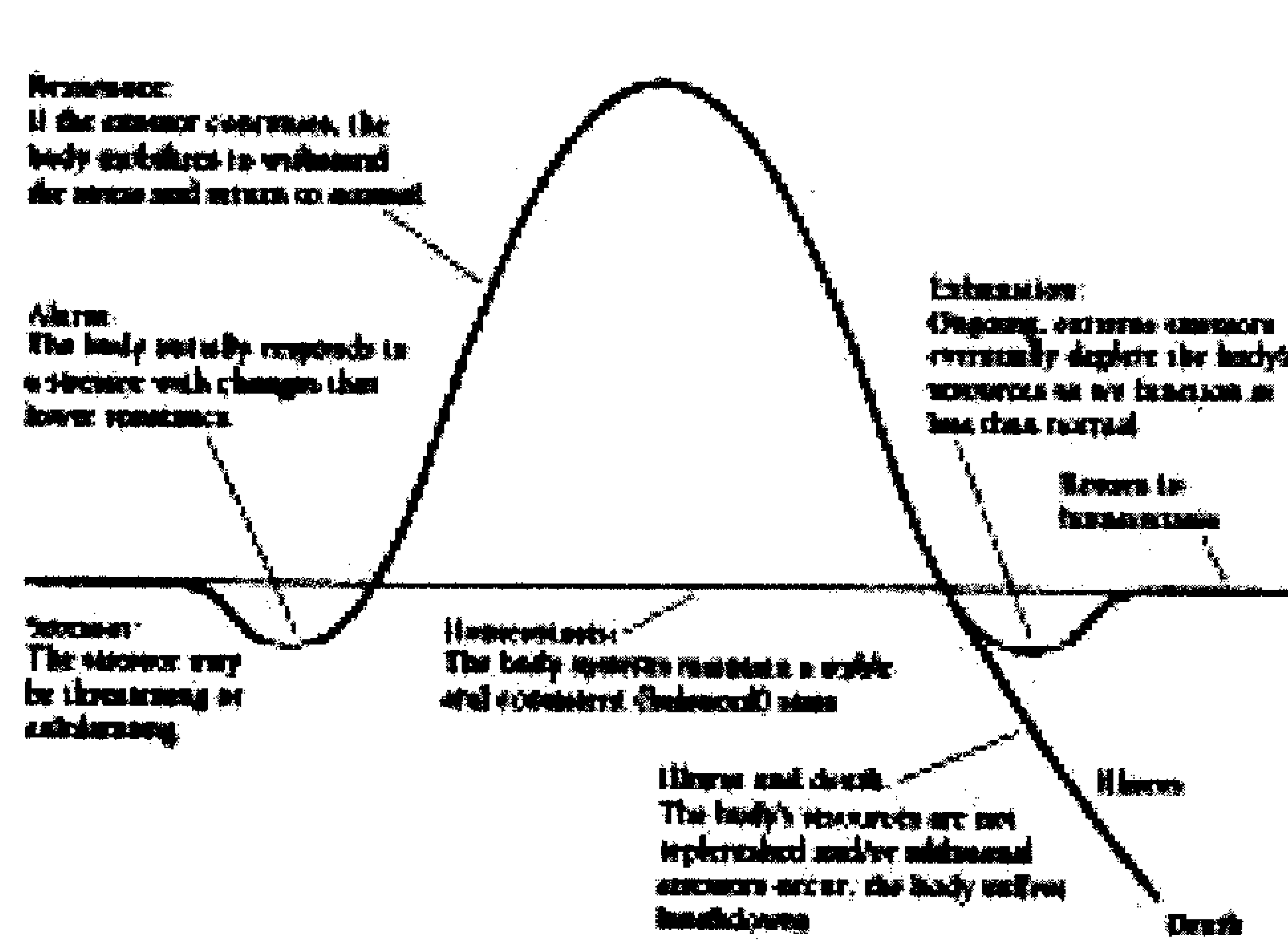
الضاغط. فانه قد يشعر بدرجة بسيطة من الضغط. ولكن اذا ادرك ان امكاناته ستكون كافية – على الارجح – للتعامل مع الحدث، وان ذلك يتطلب بذل الكثير من الجهد. فانه سيشعر بقدر متوسط من الضغط. اما عندما يدرك ان ما لديه من امكانات لن تكون كافية بالقدر الذي يمكنه من مواجهة المطالب البيئية فسوف يواجه وينشأ الضغط. والضغط في هذه الحالة ينشأ اذا من عملية تقييم الاحداث على انها: مؤذية أو مهددة أو مصدر تحد.

واشارت الدراسات التي اجريت في مجال الضغط ان هناك اعراضا تصيب الشخص جراء تعرضه للضغط مثل التهيج، والقلق، والاحباط، وعدم الشعور بالاستقرار، والام المعدة، وعدم النوم، والعصبية، وسوء الهضم، والالام العامة، والشعور بالعصبية، والشعور بالفزع، وفقدان الرغبة الجنسية، والافكار السلبية حول العمل، والشعور بالخوف، والشعور بالارهاق والتعب، والقرحة.

3: المساهمات النظرية في دراسة الضغط:

3: 1 الكر والفر Fight – or – Flight :

اجريت دراسات عديدة حول الضغط والمواقف الضاغطة من قبل العديد من المنظرين والباحثين . وكانت اولى المساهمات التي قدمت في مجال بحوث الضغط تلك التي قدمها وولتر كانون Walter Cannon عام 1932 لاستجابة الكر والفر Fight – or – Flight regression (تايلور، 2008) والتي بين فيها انه عندما يدرك الكائن العضوي بأنه يتعرض للتهديد فانه يتم



تنبيه الجسم بسرعة. ويصبح مدفوعا بتأثير من الجهاز العصبي السمبثاوي/ الودي Symathetic nervous system وجهاز الغدد الصماء Endocrine system بحيث تعمل هذه الاجهزة على تهيئة العضو لمهاجمة مصدر التهديد أو الهرب. وبالتالي، فان استجابة الكائن العضوي للموقف الضاغط هي استجابة تكيفية تجعل الكائن العضوي قادر على تقديم الاستجابة بسرعة عند تعرضه للتهديد. الا انه اشار في الوقت نفسه ان الضغط يمكن ان يسبب للكائن العضوي الاذى وقد يتعطل لديه الوظائف الانفعالية والنفسية. بحيث تتسبب في مشاكل صحية مع مرور الوقت.

3: 2 الاعراض التكيفية العامة General adaptation syndrome :

تحدث سيلي Seley عما اسماه بأعراض التكيف العامة General adaptation syndrome والاثار الضاغطة التي تظهر نتيجة لما كان يحدثه الضغط من تدخلات. حيث قام بتعريض مجموعة من الفئران لمجموعة متنوعة من الضغوط الطويلة الامد. كالبرد الشديد والتعب ولاحظ نفس ردود الافعال الفسيولوجية لتلك المواقف الضاغطة. فجميع ردود الفعل الفسيولوجية أدت الى تقلص الغدة الثيموسية (الزعترية) وتضخم الغدة الادرينالية وتقرح المعدة والطفح المعوي. ازاء ذلك فقد ركز سيلي على الجوانب البيولوجية لاستجابة الضغط معتبرا ان الضغط استجابة غير محددة يقوم بها الكائن الحي. مؤكدا على ان الضغط يمثل استجابة جسمية تسببها اعداد معينة من المجهدات المحيطية. وان اعدادا كثيرة من الحالات المختلفة قد تحفز استجابة الضغط. ولكن قد تكون تلك الاستجابة هي دائما نفسها. وان محاولة الجسم العامة لحماية نفسه ضد عوامل قوية ونشيطة اصبحت تعرف بمتلازمة التكيف العام (GAS) بحيث تنقسم هذه المتلازمة الى ثلاثة مراحل هي: (Brannon& Feist, 2004)

- **مرحلة الانذار The alarm stage:** او التنبيه للموقف الضاغط بحيث يجهز الجسم نفسه لمواجهة الموقف الضاغط في افراز هرمونات من الغدد الصماء مما يترتب عليها زيادة في كل من سرعة ضربات القلب ومعدل التنفس وتوتر في العضلات بالاضافة الى زيادة نسبة السكر في الدم

- **مرحلة المقاومة Thr resistance stage:** وفيها يحاول الجسم اصلاح ما سببته المرحلة الأولى من ضرر . فيشعر الشخص بالاجهاد والقلق محاولا مقاومة النتائج التي ترتبت على مواجهة الموقف الضاغط . فاذا ما حقق نجاحا وتغلب على الموقف الضاغط . فان الأمراض التي سببها الموقف الضاغط تزول

- **مرحلة الانهاك The exhaustion stage :** ولكن، اذا لم يستطع الشخص التغلب على الموقف الضاغط واستمر في معاناته لهذا الموقف فترة طويلة. فان قدرة الجسم على التكيف تصبح منهكة . وتضعف وسائل الدفاع والمقاومة وتعرضه لعدة أمراض منها : الصداع ، ارتفاع ضغط الدم ، القرحة ، الأزمات القلبية ، مما يشكل تهديدا لجسم الشخص لا يستطيع معه تحمل الموقف الضاغط ومقاومته

ومن بين الامراض التي اعتبرها سيلي على انها نتيجة المقاومة الطويلة للضغط هي القرحات المتعلقة بعمل العصارات الهضمية او الناشئة عنها. وكذلك قرحات التهاب الغشاء القولون المخاطي. ومرض فرط الضغط الشرياني، والاوعية الدموية القلبية، وفرط افراز الغدة الدرقية، والربو الشعبي. كما افترض ان مقاومة الضغط قد تسبب تغيرات في جهاز المناعة. مما يجعل المرض والاصابة أكثر احتمالا.

وتحدث سيلي عن قدرة الكائن على مقاومة الضغط محدودة. ففي مرحلة الانهاك تستنفذ قدرة الكائن الحي على المقاومة. وينتج عن ذلك التعطل والاعتلال. وتتصف هذه المرحلة بتفعيل جزء نظير السمبثاوي للجهاز العصبي اللاارادي (المستقل). وتحت الظروف العادية يحافظ التفعيل لنظير السمبثاوي على قيام الجسم بوظائفه في حالة متوازنة. ولكن في مرحلة الانهاك يعمل نظير السمبثاوي في مستوى اقل من العادي مما يجعل الشخص يشعر بالانهاك. مما يؤدي به الى الهبوط والوهن. وقد يؤدي به الى الموت.

هذا، وقد تعرض سيلي لعدة انتقادات انطلقت من مجموعة من الأسس من ابرزها:

- ان النموذج الذي قدمه سيلي بالاعراض التكيفية العامة لا يعطي للعوامل السيكولوجية سور دور محدود للغاية. في حين يرى باحثون آخرون باهمية الدور الذي يلعبه التقييم السيكولوجي للأحداث في تقرير حدوث الضغط.
- ان افتراض سيلي بأن الاستجابة للضغط تتخذ طابعا موحدا يخالف ما اكده باحثون آخرون من ان الضغط يؤدي الى ردود فعل هرمونية متمايزة. وهي تعتمد على الكيفية التي يستجيب بها الافراد للضغط على شخصياتهم ومدركاتهم وبنيتهم البيولوجية.
- اهتم سيلي بأن الضغط يكون واضحا فقط عندما المرور بالمراحل التي تتضمنها اعراض التكيف العامة. مع ان كثيرا من الناس يتعرضون للآثار المرهقة التي تنجم عن استمرار التعرض للاحداث الضاغطة. او حتى بسبب توقع حدوثها

3: 3 الرعاية والمناصرةTend – and - Befriend :

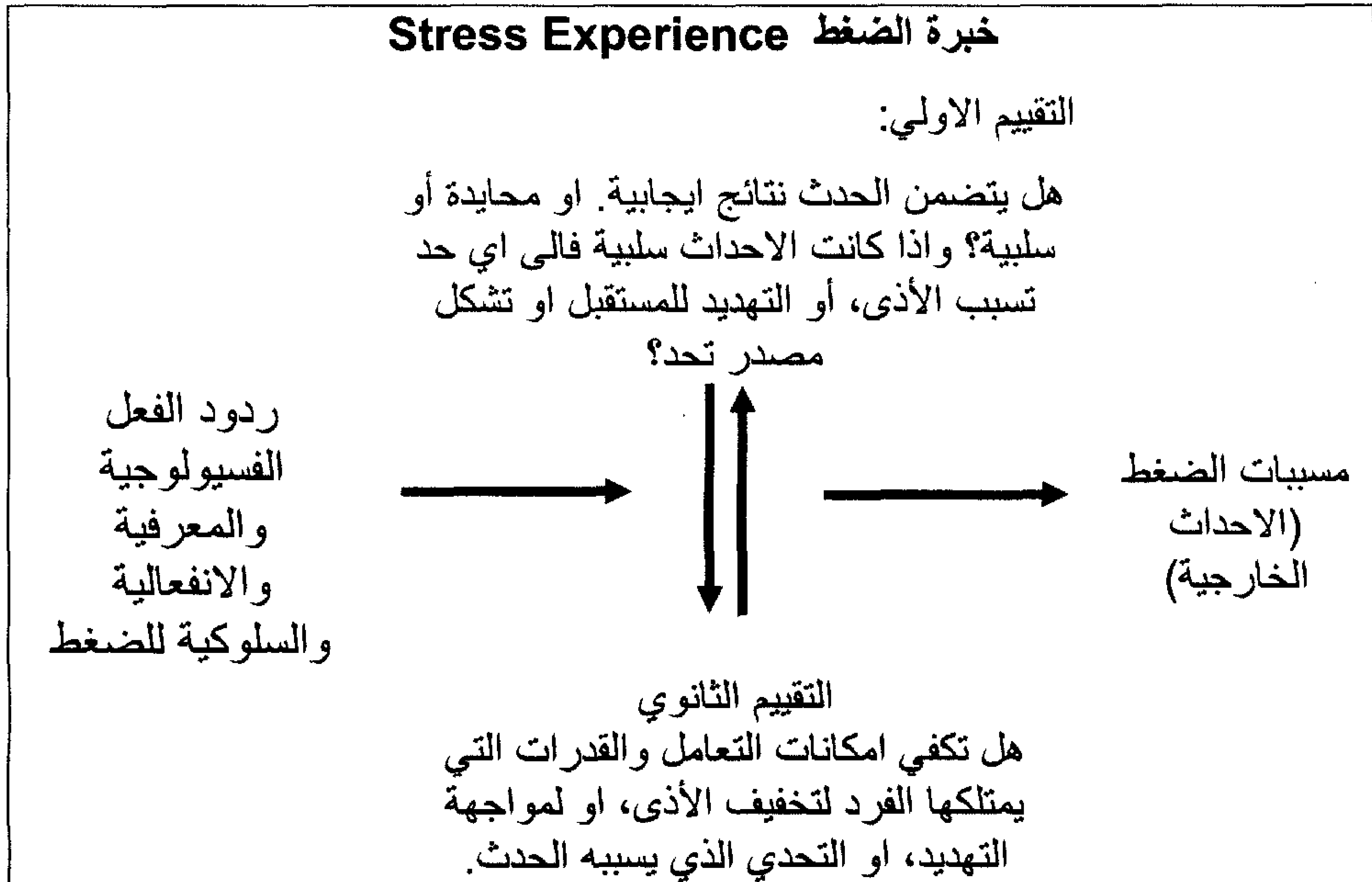
طور تايلور وزملاؤه نظرية حول الاستجابات الصادرة في مواجهة الضغط اطلقوا عليها " الرعاية والمناصرة Tend – and - Befriend" بينوا فيه ان ظهور التعاطف الطبيعي – الذي اعتقد بأن استجابة الكر والفر تستند اليه – قد ينتظم داخليا عند الاناث بطريقة تقودهن الى القيام بسلوك يتخذ طابع تقديم الرعاية. وفي الوقت نفسه فان الذكور والاناث يواجهون في اوقات الضغط تحديات تكيفية مختلفة. وان الاستجابات التي تظهر في اوقات الضغط عند الاناث لا تهدف الى حماية الذات فحسب وانما لحماية النسل ايضا. ولأن رعاية النسل تشكل مهمة معقدة لاسيما في اوقات التعرض للضغط. فان نظرية الرعاية والمناصرة تتطلب التجمع مع الاخرين والتواصل الاجتماعي عند التعرض للضغط. وكما هو في نظرية كانون (الكر والفر) فان استراتيجية الرعاية والمناصرة قد تستند الى اسس بيولوجية. وقد يكون لهرمون الاوكسيتوسين Oxytocin أهميته في الاستجابات التي تصدر عن الاناث عند تعرضهن للضغط. وهرمون الاوكسيتوسين Oxytocin هو من هرمونات الضغط التي يتم افرازها بشكل سريع عند التعرض لأبسط الاحداث المسببة للضغط. ويتعدل تأثيره عن طريق هرمون الاستروجين. وان الكائنات الحية من الحيوان والانسان التي لديها مستويات عالية من هرمون الاوكسيتوسين Oxytocin تتميز بهدوء واسترخاء اكبر وتكون اجتماعية اكثر، ويتخذ

سلوكها طابعا اكثر امومية. وقد تساهم ببتيدات المورفينات الذاتية Endogenous opioid peptides في ظهور النزعة عند الاناث الى الاجتماع مع الاخرين لدى تعرضهن للضغوط.

3: 4 التقييم السيكولوجي وخبرة الضغط Psychological evaluation and the experience of stress:

يعد لازاروس Lazarus أحد المؤيدين البارزين للتفسير السيكولوجي للضغط ويرى بأن انخراط الافراد لدى مواجهة تغيرات في بيئاته بعملية تقييم أولي Primary appraisal لكي يحددوا معنى الاحداث. فقد يدرك الفرد الاحداث فتقوده الى نتائج ايجابية أو محايدة أو سلبية. ويتم تقييمها بأنها سيئة بناء على ما يمكن ان تسببه من أذى. أو تهديد، أو تحد.

- **فيختص الأذى Harm** : بتقييم للأضرار التي سببها الحدث. كأن يدرك الشخص الذي فصل من عمله للتو وقوع الأذى بسبب ما يشعر به من فقدان لتقدير الذات وما يتعرض له من حرج لدى مراقبة زملائه له بصمت و هو يفرغ مكتبه.
- **اما التهديد Threat**: فهو تقييم لما يمكن حدوثه من اضرار في المستقبل بسبب الحدث. والشخص الذي فقد عمله يتوقع مشكلات يمكن ان تحدث له وللأسرته في المستقبل بسبب فقدان الدخل.
- وقد يقيم الاحداث من منطلق ما تسببه من **تحد Challenge** وما يمتلكه الشخص من امكانات للتخفيف من المشكلة او حتى الاستفادة من الحدث. فقد يرى الشخص الذي فقد عمله في فقدانه لعمله فرصة لكي يجرب شيئا جديدا.



خبرة الضغط Stress experience

ومن خلال الدراسات التي اجراها كل من سبايزمان ولازاروس وموردكوف ودافينسون Speisman, Lazarus, Mordkoff, and Davison المشار اليها في (تايلر، 2008) اوضحوا فيها اهمية التقييم الاولي عند التعرض لخبرة الضغط. وان الضغط لا ينشأ بسبب كون التجربة مخيفة لعينة الدراسة ولكنه اعتمد على تقييم الملاحظين للموقف.

اما عملية التقييم الثانوي فتتضمن اجراء تقييم للامكانات والمصادر التي يمتلكها الشخص في مواجهة الحدث. وما اذا كانت كافية لمواجهة الأذى والتهديد والتحدي الذي ينشأ عن الحدث. بحيث تتشكل في نهاية الامر الخبرة الذاتية للضغط نتيجة التوازن ما بين التقييم الاولي والتقييم الثانوي. وعندما يكون الاذى او التهديد كبيرا فان امكانات التعامل مع الموقف تكون متدنية. وعندما تكون امكانات التعامل مع الموقف عالية فان الضغط يكون اقل ما يمكن.

وأكد لازاروس ان تفسير الوقائع الضاغطة أكثر اهمية من الوقائع نفسها. وان ادراك الشخص للحالة النفسية هي العامل الحاسم في الموقف الضاغط. وقد يشتمل ادراك الشخص على أذى محتمل وتهديدات وتحديات . وكذلك قدرة الشخص المدركة في التكيف مع الآخرين. ويؤكد لازاروس على التفسير والادراك يختلف عن ذلك الذي يراه سيلي. ذلك ان قدرة الناس على التفكير وتقييم الاحداث المستقبلية تجعلهم عرضة للانتقاد والسقوط في نواح لاتقع فيها الكائنات الاخرى. حيث يواجه الناس الضغط بما يمتلكونه من قدرات معرفية وادراكية تفتقر اليها الكائنات الحية الاخرى.

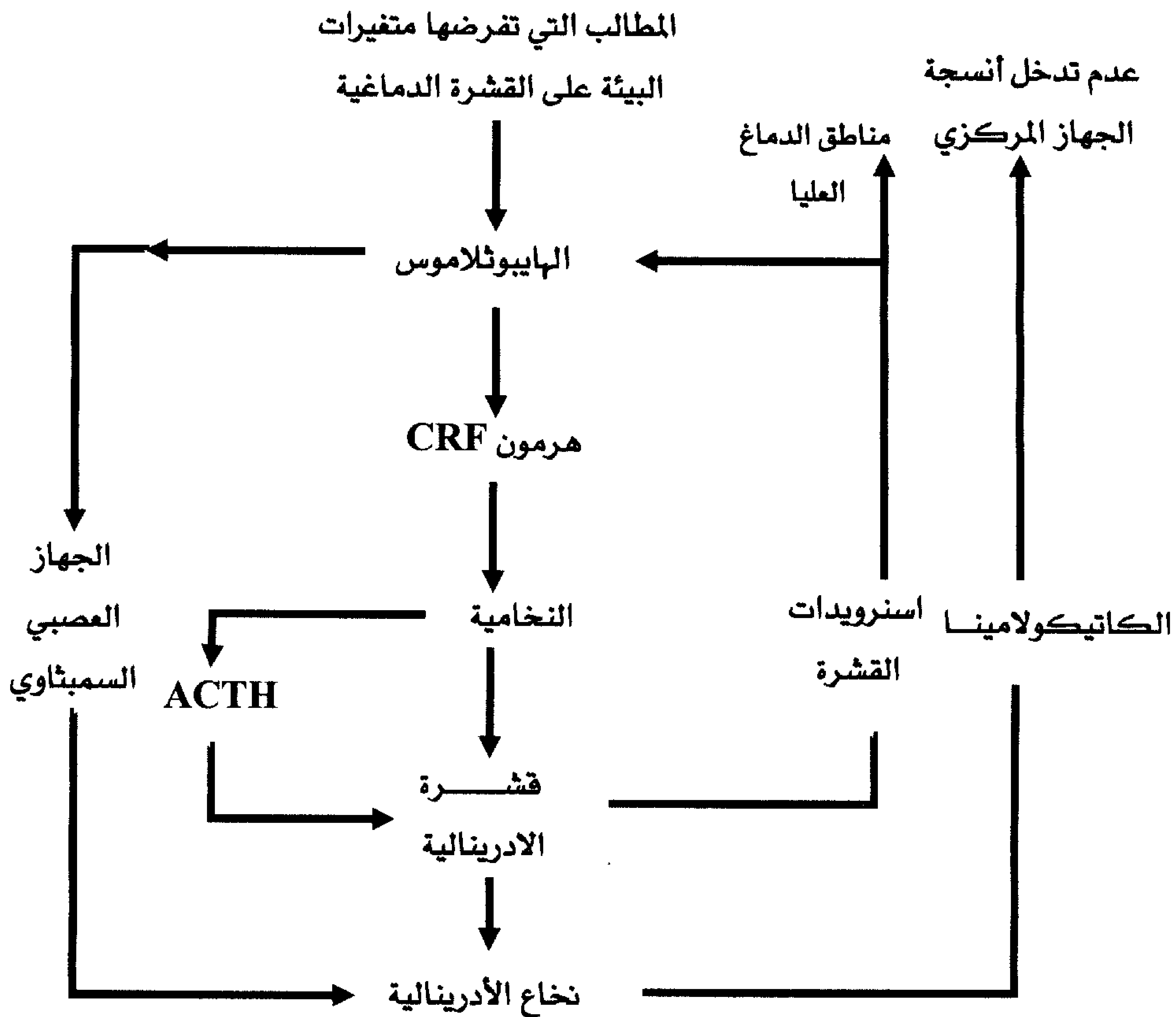
لقد عرف لازاروس الضغط باعتبارها علاقة خاصة بين الشخص ومحيطه الذي يقيمه كضريبة او انه يتجاوز ويفوق موارده ويهدد خيره وسعادته. مؤكدا على ثلاثة نقاط اساسية هي:

- ان وجهة نظهره في الضغط تحتل موقعا تفاعليا او اجرائيا بأن الضغط يشير الى العلاقة بين الشخص ومحيطه
- يؤمن لازاروس بأن مفتاح ذلك التعامل او الاجراء هو في تقييم الشخص للحالة النفسية
- يجب النظر الى الحالة على انها مهددة ومتحدية ومؤذية.

3: 5 فسيولوجية الضغط The psychology of stress:

يؤدي التعرض للضغط الى تدخل كبير قد تنشأ عنها آثار قصيرة الأمد او طويلة الأمد على الصحة. من قبل اثنين من اجهزة الجسم التي تتبادل التأثير هما: الجهاز العصبي السمبثاوي المنشط لنخاع الادرينالية Sympathetic adrenomedullary (SAM) واجهزة ما تحت المهاد والغدة النخامية المنشطة لقشرة الادرينالية Hypothalamic – Pituitary – Adrenocortical (HPA) بحيث تشكل ردود الافعال الناتجة عن التعرض للضغط فيتم ادراك

الاحداث التي يواجهها الفرد وتصنيفها بأنها مؤذية أو مهددة عن طريق القشرة الدماغية التي تقوم بدورها بوضع الاساس لسلسلة من ردود الافعال التي تتقرر بفعل هذه التقسيمات. اذ تنتقل المعلومات من القشرة الدماغية الى الهيبوثلاموس / تحت المهاد Hypothalamus الذي يبادر الى القيام بواحدة من اكثر الاستجابات المبكرة لدى التعرض للضغط. كما يؤدي تنبيه الجهاز السمبثاوي الى استثارة نخاع الغدة الادرينالية التي بدورها تفرز الكاتيكولامينات Catecholamines والابينيفرين Epinephrine والنورابينيفرين Nor-Epinephrine التي تؤدي بالشخص الى مشاعر الضيق التي يمر بها في العادة كرد فعل على التعرض للضغط. وتقود الاستثارة السمبثاوية الى زيادة ضغط الدم، وتسارع ضربات القلب، وزيادة التعرق وتضيق الاوعية الدموية الذاتية، اضافة الى تغيرات أخرى عديدة. ذلك ان الكاتيكولامينات تؤثر في عدد مختلف من الانسجة وقد تحدث تغييرات في جهاز المناعة ايضا.



أجهزة الجسم التي تنشط لدى التعرض للضغط The body stress systems

وبالاضافة الى تنشيط الجهاز العصبي السمبثاوي، فانه يتم تنشيط أجهزة الهيبوثلاموس والغدة النخامية المنشطة لقشرة الادرينالية (HPA) . فيقوم الهيبوثلاموس باطلاق العامل المحفز للقشرة Corticotrophin releasing factor (CRF) الذي يستحث الغدة النخامية لاطلاق الهرمون

المنشط في القشرة الادرينالية هرمون جلوكوستيرويد القشرة Glucocorticosteroids ويعمل هرمون الكورتيزول على حفظ مخزون الكاربوهيدرات ويخفف من الالتهاب عند التعرض للاصابات. ويقوم الجزء السمبثاوي (ANS) بتحريك موارد الجسم في الحالات الطارئة بحيث تشتمل على زيادة في سرعة ومعدل وقوة الانقباض القلبي وانقباض الاوعية الدموية في الجلد. وتناقص في النشاط المعدي ، وزيادة في التنفس، وتحفيز الغدد الدرقية. واتساع بؤبؤ العين. كما يعزز من الاسترخاء ويعمل تحت ظروف عادية وغير مجهدة.

ويقوم الجهاز العصبي السمبثاوي بخدمة نفس الاعضاء المعنية ولكنها تميل لتعمل بالتناوب. وتفعيل احداها عندما تتناقص الاخرى. وعلى سبيل المثال فان تفعيل الجزء السمثاوي يقلل من افراز اللعاب مما يعطي احساسا بجفاف الفم. في حين ان تفاعل وتنشيط الجزء نظير السمثاوي يعزز من افراز اللعاب.

ويتم تفعيل (ANS) بواسطة الناقلات العصبية. عن طريق أستيل كولين ونوربيغرين ويكون لهذه الناقلات العصبية تأثير معقد ويؤثر كل منها في أجهزة عضوية مختلفة لأن الاعضاء تحتوي على مستقبلات عصبية كيميائية مختلفة. (Brannon& Feist, 2004)

المنطقة الجمجمية		البؤبؤان		ينقبضان	يتسع الانفتاح
		الغدة النخامية		تفرز	يقل الافراز
		الشعبتان		تنقبض	تتفتحا واسعا
المنطقة الصدرية		المعدة		تتحرك باهتياج	تحرك متقطع
		الكظرية (الغدة فوق الكلية)		تفرز	
المنطقة القطنية		الامعاء الدقيقة		هضم الطعام	هضم متقطع
		الامعاء الغليظة		هضم الطعام	هضم متقطع
المنطقة العذزية		المثانة		تفريغ السائل	تمنع التفريغ
		الاعضاء التناسلية		منتصب	يتهيج
العصعص				لا ينتصب،لا يتهيج،ولكنه يعزز من ذلك	
الغدة النخامية	الغدة الرئيسة	تنتج الهرمونات التي تؤثر في افراز الدرق، والبنكرياس، والادرينالين، والغدة التناسلية، وهرمونات النمو			
الدرق		ينتج هرمونات تنظم سرعة التنفس			
غدة الادرينالين		تتحكم في تأيضات الملح والكربوهيدرات وتفرز هرمونات تنشيط الاستيقاظ والنوم			
الاعضاء التناسلية	المبيض (الاناث) والخصيتان (الذكور)	تنتج هرمونات تنخرط في تطوير صفات الجنس الثانوية والتناسل			

4: ما الذي يجعل الاحداث ضاغطة:

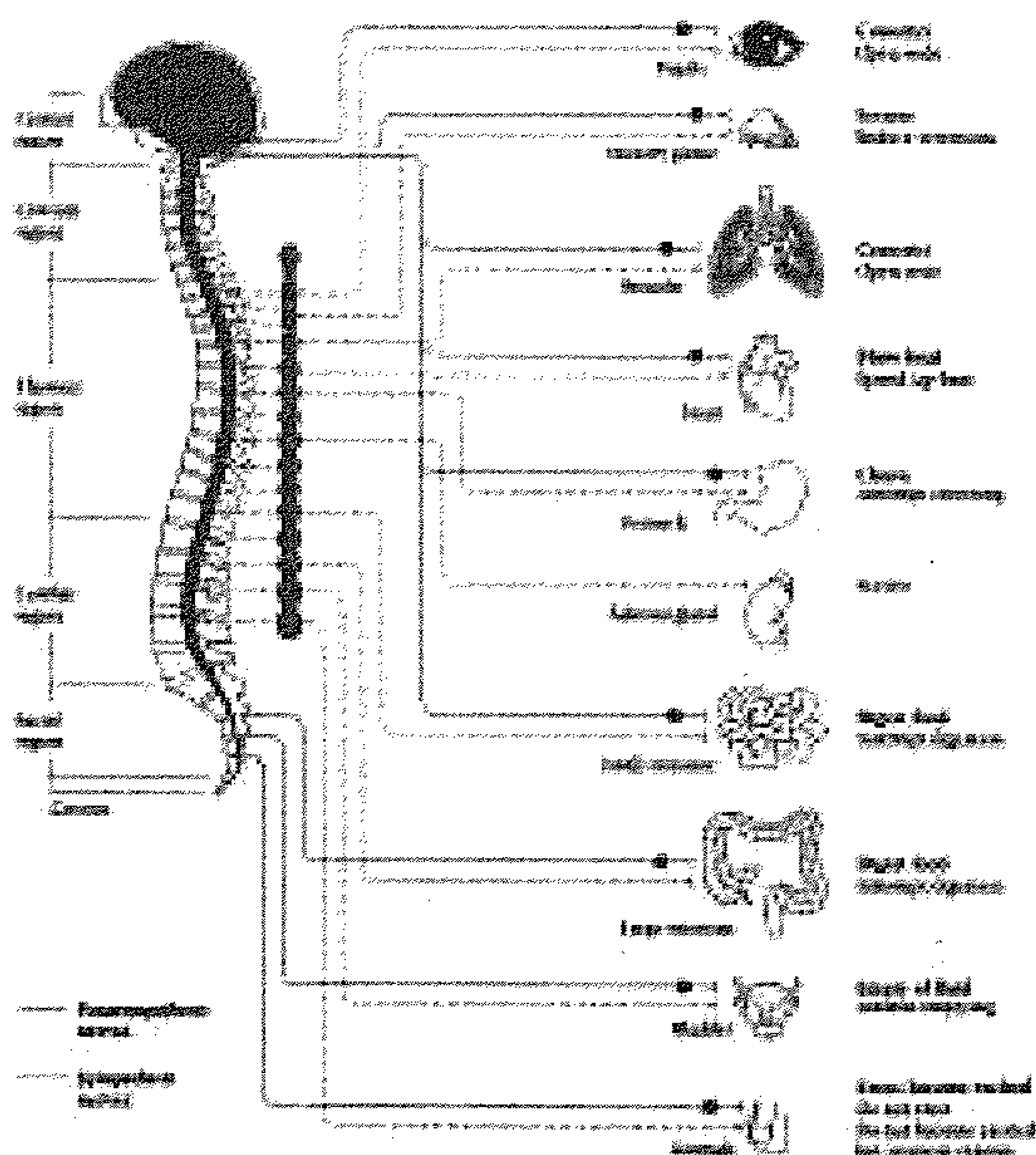
4: 1 تقييم الضغط

استخدم الباحثون مؤشرات عديدة لقياس الضغط. مثل التقارير الذاتية او الضغط المدرك، والتغير في الظروف الحياتية ، والمعاناة الوجدانية. كما تم استخدام المقاييس السلوكية كتقييم اداء المهمات تحت تأثير الضغط، ومقاييس الاستثارة الفسيولوجية. مثل معدل نبضات القلب، والمؤشرات البيوكيميائية خاصة ما يتعلق منها بمستوى الكورتيزول، والكاتيكولامين. وقد اوضحت الدراسات المختلفة التي أجريت في مجال الضغط ان لكل نمط من انماط المقاييس المشار اليها مشكلاته الخاصة. وان هناك عوامل اخرى غير الضغط تتأثر بعدد من التحيزات بالنظر الى الرغبة في تقديم صورة مشرقة ومرغوبة عن انفس الافراد الذين تجري عليهم تجارب تقييم الضغط. هذا بالاضافة الى ان المقاييس السلوكية تخضع لعدد من التفسيرات. خذ مثلا انخفاض الاداء الذي يرجع الى تدني مستوى دافعية المفحوص والتعب والاجهاد وعوامل أخرى غير ذلك. مما حدا بالباحثين الى تطوير ادوات قياس اخرى لقياس الضغط.

4: 2 الاحداث المسببة للضغط:

يرى تايلر ان الاحداث لا تسبب الضغط بحكم خصائصها الموروثة وان ما يقرر انها مصدر ضغط ام لا يعتمد بشكل اساسي على تقييم الفرد لتلك الاحداث.

فالاحداث السلبية Negative events تسبب الضغط اكثر من الاحداث الايجابية. فتعرض الشخص لأحداث تعرضهم لأعباء اضافية، او مشاكلهم تفوق امكاناتهم وقدراتهم تسبب له الضغط. وامثلة تلك الاحداث كثيرة لدى الفرد. كالتسوق في الاماكن المزدحمة، والتخطيط لعمل حفلة، والحصول على ترقية غير متوقعة في العمل، والاقبال على الزواج، والتعرض لمخالفة السير، او البحث عن عمل، او فقدان احد المقربين له. وغير ذلك من الاحداث التي تؤثر في الافراد سلبا او ايجابا.

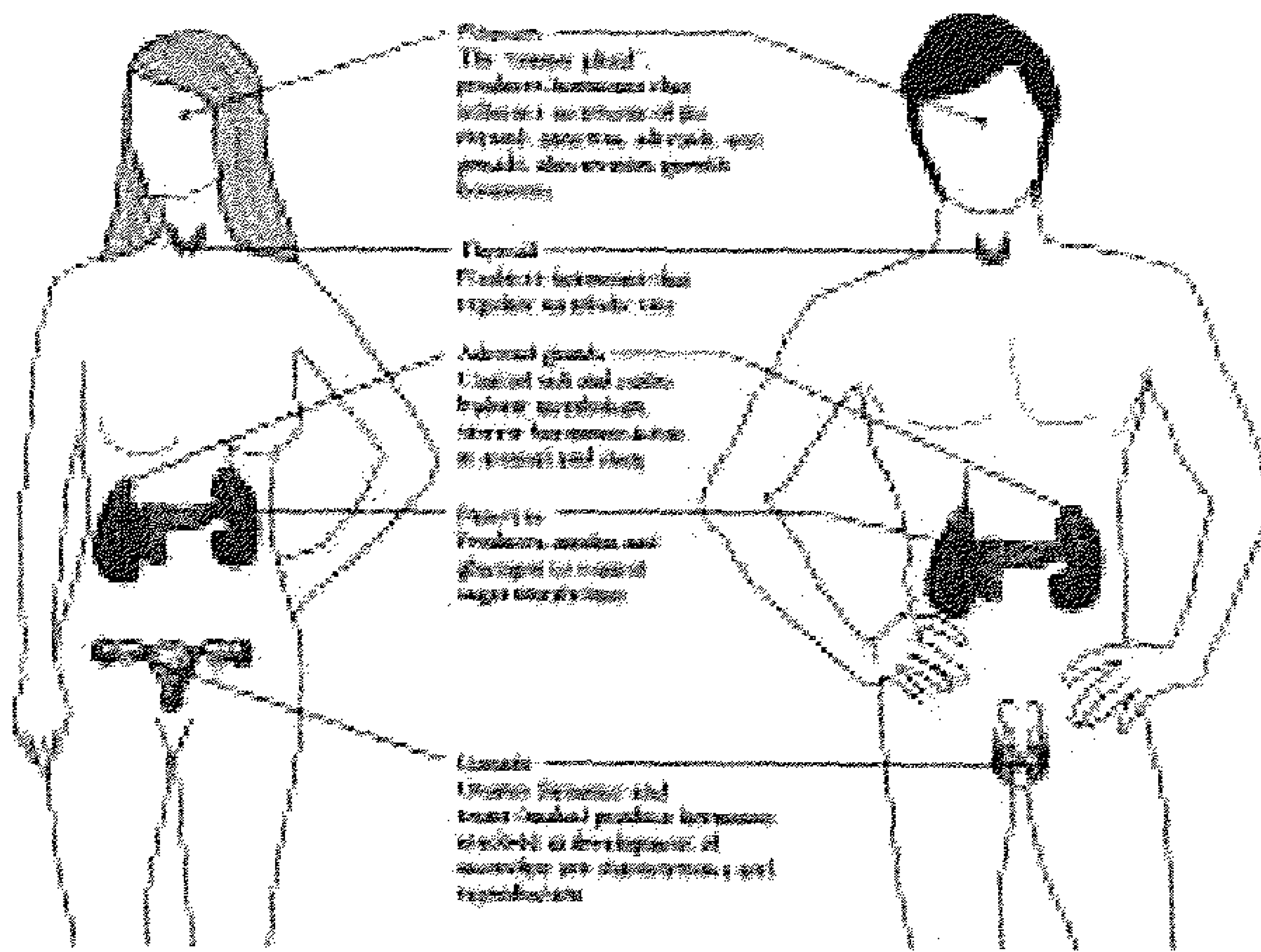


فالاحداث السلبية ترتبط ارتباطا كبيرا بالمعاناة النفسية والاعراض الجسمية اذا ما قورنت بالاحداث الايجابية. وان الاحداث الضاغطة تؤثر بشكل سلبي على مفهوم الذات وقد تسبب فقدانا لتقدير الذات. او الاحساس بفقدان السيطرة على الامور. وفي دراسة اجريت على الافراد الذين يحملون نظرة سلبية عن ذواتهم واشار اليها تايلر (2004) بأن احداث الحياة الاجتماعية تترك اثارا ضارة على صحتهم بينما ترتبط الاحداث الايجابية عند الافراد الذين يحملون تقديرا عاليا لذواتهم بوضع صحي جيد.

وتشكل الاحداث الخارجة عن السيطرة او تلك التي يصعب التنبؤ بها مصدر ضغط اكثر من تلك الاحداث التي يمكن السيطرة عليها او التنبؤ بها. وبينت الدراسات بأن شعور الشخص بالقدرة على الضبط تجاه الاحداث لا تعمل فقط على التخفيف من خبرة الضغط الذاتية وانما قد يؤثر في النشاط البيوكيمياىئ في مواجهة الضغط. ويؤثر في انظمة المورفينات الذاتية. خاصة اولئك الذين يقعون تحت تأثير الضغط ويدركون بأنهم لا يستطيعون ممارسة الضبط على الاحداث الضاغطة.اما اولئك الذين يدركون بأن لديهم درجة كافية من القدرة على الضبط، فانهم لا يظهرون نشاطا في اطلاق المورفينات الذاتية عند تعرضهم للضغط.

وتسبب الاحداث الغامضة ضغطا اكثر من الاحداث الواضحة. فعندما يتصف الحدث الضاغط بالغموض. فانه لا يتيح الفرصة امام القيام بعمل شيء ازاءه ويدفع الفرد الى تكريس طاقته من اجل استيضاح الموقف المسبب للضغط.

4: 3 هل يستطيع الناس التكيف مع الضغط Can people adapt to stress?؟



قد يتسائل الواحد منا ان كنا نستطيع التكيف مع الضغط اذا ما تكرر معنا:

- هل سنعتاد اذا ما اصبنا بالاجهاد المزمن؟
- وهل سيتوقف تأثير الضغوط في حدوث المعاناة وفي استنزاف طاقاتنا النفسية؟

لقد طور الباحثون نموذجا في وصف الضغط استنادا الى تجارب اجريت على الحيوانات اوضحت وجود دلائل

على التعود عند التعرض للضغط المزمن. فقد اجريت دراسة على الفئران وتم تعريضها لمستويات منخفضة نسبيا من المثيرات الضاغطة Low – level stressors واوضحت ميلا مبدئيا للاستجابة الفسيولوجية، تلاها حدوث التعود. وعند زيادة شدة المثير الذي استخدم لاحداث الضغط لم تبين الحيوانات أي مؤشرات تدل على حدوث التعود.

وتشير الدراسات التي اجريت على الانسان بأن المستويات المتدنية من مثيرات الضغط قد تؤدي الى حدوث التعود عند معظم الناس. الا انه مع زيادة حدة مثيرات الضغط فان الضرر الناتج عن الضغط المزمن يمكن ان يتراكم على اجهزة الجسم المختلفة.

واوضحت دراسات كوهن وجلاس Cohen, Glass & Philip المشار اليها في تايلر (2008) حول قابلية الفرد للتكيف مع الاحداث الضاغطة المعتدلة او تلك التي يمكن التنبؤ بها. ان اي موقف مهدد جديد قد يسبب الضغط لدى الفرد لكن هذا الضغط يقل مع مرور الزمن ويتعود عليه. ومع ذلك فان الاطفال والمسنين والفقراء يظهرون تأثرا سلبيا عند تعرضهم للضغط. فتظهر عليهم علامات العجز والصعوبة في انجاز المهمات.

5: اهمية دراسة الضغوط في مؤسسات العمل:

الضغوط سمة من سمات العصر حيث يطلق عليها بعض الباحثين القاتل الصامت The silent killer وقد اصبحت العديد من المنظمات والمؤسسات في الوقت الراهن على اختلاف طبيعتها تعاني من تزايد معدلات ضغوط العمل وانتشارها بشكل واسع بين العاملين فيها.وفي تقرير نشر في كندا ان ما يقارب 80% من العمال الكنديين يعانون من ضغوط العمل والقلق بسبب عدم قدرتهم على الموازنة بين عملهم وتطلعاتهم الخاصة. وترجع أهمية دراسة الضغوط في مؤسسات العمل الى ما يلي (حسين وحسين، 2006):

- حماية مدير المؤسسة من اتخاذ قرار خاطىء ناجم عن انفعالات اللحظة والتأثير العاطفي الوجداني او ناجم عن ردود الفعل العصبية للمواقف الصعبة التي تواجهه.
- حماية العاملين من عشوائية القرارات ومن ارتجالية السياسات ومن التخطبط والازدواجية الناجمة عن قصور الرؤية وضيق دائرتها امام المدير نتيجة سيطرة الضغوط والوساوس القهرية عليه.
- توفير الظروف المناسبة والجو الصحي المناسب في بيئة العمل بالمؤسسة بالشكل الذي يجعل المسؤول يعمل في جو افضل بما يمكنه من اتخاذ القرارات وممارسته لسلطاته ومهامه الادارية بشكل افضل.
- زيادة وتحسين الانتاجية لدى العاملين في المؤسسة عن طريق رفع قدراتهم على مواجهة ضغوط العمل والمواقف الصعبة.
- تنمية مهارات التوافق والتعامل الفعال مع الضغوط الداخلية والخارجية التي تواجه المسؤول. وبالتالي تنمية مهارات التخطيط والتنظيم والتوجيه والرقابة في المؤسسة.

- اذكاء روح التعاون وسيادة روح الفريق بين الموظفين وزيادة التفهم والمشاركة الايجابية البناءة في رفع الروح المعنوية للعاملين واحساسهم بالمشاركة الفعالة في صنع حاضرهم ومستقبلهم الوظيفي داخل المؤسسة.
- تحقيق الرقابة الفعالة والمتابعة الحديثة للسلوكيات الادارية للمسؤول في كافة مستويات الادارة بشكل يؤكد تنفيذ الخطط الموضوعة ويتلاقى الاخطاء الناجمة عن اي ضغط على المسؤول.

6: مصادر الضغوط:

يمكن تقسيم مصادر الضغوط على الأفراد الى جانبين رئيسين هما :

6: 1 مصادر ضغوط العمل الشخصية :

تلعب شخصية الفرد دورا بارزا في تحديد مستوى معاناته من المواقف الضاغطة وردود فعله ازاء هذه المواقف : ولاشك بأن نمط الشخصية التي يتميز بها الفرد تحدد التزامه في العمل وميله ، ومدى نشاطه وفعاليته ومناقشته وطموحه وصبره وتوتره ازاء المواقف الضاغطة والشخصية القلقة تعتبرالقلق نذير خط يتهدد سلامتهاواحساسها بالسعادة والرضا. كما ان مفهوم الفرد عن ذاته تعتبر ذات تأثير كبير على ثقته بنفسه وعلى سلوكه. وان قدرة الفرد على تنظيم رد فعله قد يؤثر على الاحداث غير السارة. لان الاحداث التي تخضع للسيطرة تصبح اقل أذى. وكلما شعر الفرد بقدرة اعلى من الضبط استطاع مواجهة الضغوط بشكل افضل (Riggio, 2000).

وتشير الدراسات والبحوث النفسية الى وجود عدد من الادلة التي تربط بين اعتقاد الفرد في مدى تحكمه وسيطرته على الأحداث المحيطة به . وبين شعوره بضغط العمل . وبالرغم من اعتقاد غالبية الأفراد بقدراتهم في التحكم والسيطرة على الأحداث المحيطة بهم بدرجة كبيرة . الا انهم يشيرون في كثير من مواقف التحكم والسيطرة عن وجود قوى وعوامل خارجة عن ارادتهم . تلعب دورا بارزا في تأثير المواقف الضاغطة على الأفراد أنفسهم : كالحظ مثلا . وتذهب هذه الدراسات الى القول بأن الأفراد الذين يعتقدون بوجود مركز تحكم Locus of control داخلي لديهم هم اكثر احتمالا للمواقف الضاغطة التي يتعرضون لها . في حين تذهب الدراسات نفسها الى ان الأفراد الذين يعتقدون بوجود مركز تحكم خارجي لديهم هم أقل احتمالا للمواقف الضاغطة وأكثر معاناة لها .

وانتقال الفرد الى حياة جديدة ، أو البدء بعمل جديد ، أو الانتقال الى مدينة أو حي او سكن جديدين . ووفاة أعز أو أقرب الناس اليه ، يتطلب منه التوافق مع المواقف الجديدة والتعامل معها . وتشير الدراسات التي قام بها كل من هولمز وراهي Holms & Rahe الى أن أكثر المواقف الضاغطة أثرا على حياة الفرد ما يتعلق منها بحالات الزواج. وانفصال او طلاق او وفاة احد الزوجين او اقرب الناس اليه . والارهاق في العمل، والتقاعد والتغيير

في الحياة الصحية لأفراد أسرته ، وساعات عمله اليومي ، ومكان العمل وشروطه . والاضطرابات الأسرية . وقدرته على الانجاز. ونشاطاته الدينية والاجتماعية. والعادات . والتغير في موارده الاقتصادية . وترى كوبوسا Kobosa الى ان الأفراد الذين يتعرضون لمثل هذه المواقف الضاغطة يختلفون في مدى امكانية سيطرتهم ومقاومتهم للضغط مشيرة الى ان الأفراد الذين يتمتعون بشخصية صلبة هم أكثر قدرة على السيطرة على الأحداث البيئية المحيطة . وأكثر التزاما بالنشاطات التي يمارسونها . كما أنهم أكثر ايجابية للاستجابة لأي موقف ضاغط يواجهونه

وتمثل عملية التوافق بين قدرات الفرد وحاجاته . وبين متطلبات العمل عاملا بارزا في تحديد مستوى معاناته للموقف الضاغط . وكلما زاد توافق قدرات الفرد وحاجاته مع متطلبات العمل . كلما قلت معاناته من مواقف العمل الضاغطة . وان الأفراد الذين يمتلكون مهارة اكبر في العمل هم أقل تأثيرا للمواقف الضاغطة التي تحدثها مواجهات العمل المتغيرة . أما الأفراد الذين يشعرون باستمرار الحاجة الملحة للأمن الوظيفي فهم أقل احتمالا لتلك المواقف عند تعرضهم لها .

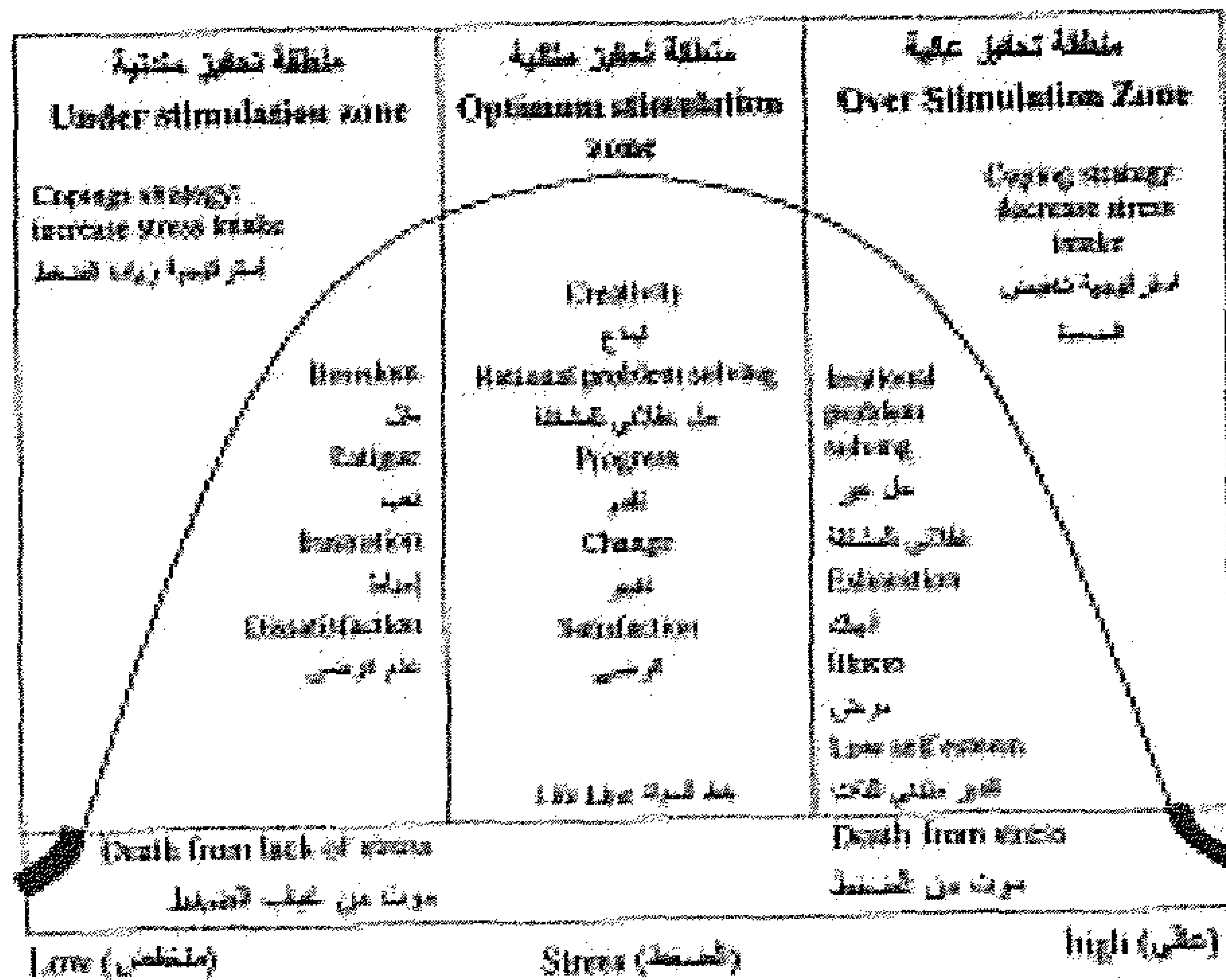
ويمر الفرد على بعض مظاهر الضغط التي تسبب له مشاعر غير سارة مما يتطلب معه اتخاذ المواقف التي تساعده على التخلص من هذه المشاعر . ولاشك أن الاحباط كثير الحدوث في حياتنا اليومية . وهو موجود بدرجات مختلفة قد يتمثل في اعاقة تحقيق هدف في الحياة بعد مرور زمن طويل في العمل على تحقيقه ويعتمد الاحباط في كثير من الحالات على مواقف أخرى غير الموقف الذي يوجد فيه الفرد . ولهذا ، فان الفرد يتعلم في حياته كيف يتحمل الاحباط ويتعايش معه، فان لم يتمكن من ذلك . فانه سيواجه بصعوبات كثيرة للتوافق مع متطلبات الحياة . وينظر الى القدرة على تحمل الاحباط كدليل على النضج الانفعالي والاجتماعي . ذلك ان الاستجابة للموقف الضاغط تختلف باختلاف الأفراد . فمنهم من يتحمل درجة عالية من الاحباط . بينما لا يتحمل البعض الآخر أدنى درجات الاحباط .

ويعتبر الصراع أحد مصادر الضغط الهامة للشخص . وعندما يوجد صراع بين اشباع دافعين . فان اشباع أحدهما يؤدي الى احباط آخر كما يتولد الصراع اذا اختلفت طرق اشباع الدافع الواحد . وكذلك ، فانه ينظر الى الصراع باعتباره الوضع الناجم عن اثارة دافعين معا . وبنفس الوقت ، بحيث لا يمكن اشباعهما معا مما يؤدي الى مشاعر غير سارة ، وتجعل الفرد يشعر أنه متردد وغير متأكد من الأمور .

واوضح جميليج (Gimelech, 1982)العلاقة بين مستوى الضغط الذي يتعرض له الفرد ومستوى الاداء الناتج عنه. وعلاقة ذلك بمستوى التحفيز لدى الفرد. بمنحنى اعتدالي أشار فيه الى ثلاث مناطق تحفيزية هي: منطقة تحفيز متدنية ومنطقة تحفيز مثالية ومنطقة تحفيز عالية ولكل منطقة تحفيزية مظاهرها التي تمثل درجات الضغط التي يتعرض لها

الفرد. ووفق هذا النموذج فان الضغط المنخفض يؤدي الى اداء منخفض ويكون تحفيز الفرد منخفضا والضغط العالي يؤدي الى اداء منخفض ويكون التحفيز عاليا بينما الضغط المعتدل يؤدي الى اداء عال ويكون التحفيز مثاليا (Riggio, 2000).

وتشير دراسات سيلي (Selye) الى نوعين من الضغوط يمكن ان تؤثر على الفرد هما:



- **الضغوط الحادة Acute stress** وهي تلك الضغوط التي تحدث عند وجود تهديد لحياة الشخص. ووجوده الجسماني. وعليه ان يستجيب لها فورا بحيث تكون ردود الفعل سريعة كما في التعرض للحوادث
- **الضغوط المزمنة Chronic stress** وهذا النوع هو اكثر ما يعاني منه المديرون ورجال الاعمال والمهنيون. وتحدث الازمات متتالية بحيث لا تترك بينها وقتا للجسم كي يتعافى من الازمات السابقة (Riggio, 2000)

بينما تحدث كل من ليتز وستولر (Leatz & Stolar) عن اكثر نماذج الضغوط شيوعا بين الافراد:

فنموذج الضغط الامثل The optional stress patterns: يسمح باستراحة مناسبة وزمن مريح بين الازمات. ويؤدي الى مستوى صحي عام مناسب بفرد. ويعتمد على استجابة الفرد لهذا النوع من الضغط.

ونموذج الضغط الاعتيادي The typical stress pattern: تكون فترة الاستراحة اقل من اللازم. ومع ذلك يمكن للفرد ان يحسن قدرته على التكيف مع الازمة.

ونموذج الضغط المزمن The chronic stress pattern: يؤذي الفرد في حياته اليومية ويمثل حالات ضغط مزمنة تبدأ ولا تنتهي.

ونموذج الضغط الذي ينطوي على المخاطرة The hazardous stress pattern: وهو الاكثر خطورة بالنسبة للفرد ويتشكل من سلسلة ازمات متسارعة متتالية بفترات استراحة قليلة جدا بينها تسمح للجسم باستعادة توازنه وسرعان ما يفاجأ بسلسلة جديدة من الازمات يجد الفرد ان عليه التكيف معها.

والنموذج الجديد للضغط الخطر New – the dangerous stress pattern:
الذي يجمع جوانب من الضغط المزمن ونموذج الضغط الذي ينطوي على المخاطرة.

6: 2 مصادر ضغوط العمل التنظيمية :

يؤثر محيط العمل والمتغيرات المتعلقة به بشكل مباشر على معاناة الأفراد ومواجهتهم للمواقف الضاغطة :

فالاختلاف المهني : Occupational differences للفرد يتضمن قدرا كبيرا من الضغوط على الفرد . وتشير الدراسات الى ان بعض الوظائف تعاني من ضغط في العمل اكثر من غيرها . كما ان الوظيفة التي تتطلب من شاغلها اتخاذ قرارات هامة في ظل ظروف العمل تعرضه لمستوى عال من الضغوط . وكذلك الأفراد الذين يتعرضون لضغط الوقت والتركيز الشديد للطاقات العقلية والبدنية .

وطبيعة الوظيفة ذاتها تمثل مصدرا آخر من مصادر الضغوط لدى الفرد لما تتميز به كل وظيفة عن غيرها من الوظائف.

ويعتبر غموض الدور : Role Ambiguity مصدرا رئيسا لضغط العمل . فقد يعاني الفرد من افتقار للمعلومات التي يحتاجها اثناء أداءه للعمل . كالمعلومات الخاصة بالعمل الذي يقوم به امام المسؤولين . وطرق تقييم نتاجات العمل . مما يترتب على ذلك عدم معرفته بالتوقعات المطلوبة منه للأداء وكيفية تحقيق الأهداف المتوخاة . وبالرغم من وضوح هذا المصدر في الوظائف الادارية بدرجة أكبر . الا انه يعتبر احد العوامل الهامة لقليلي الخبرة والمؤهل من الأفراد الذي تزداد معاناتهم تجاه المواقف الضاغطة (Riggio, 2000).

وقد تتعارض متطلبات الدور لدى الفرد . ويتعرض لموقف يفرض عليه العمل ساعات طويلة او السفر لمسافات بعيدة مما يعني عدم قيامه بدوره كأب وكزوج . وتوفير حد أدنى لتحقيق العلاقات والروابط الاجتماعية .وبينت الدراسات في هذا المجال الى ازدياد ضربات القلب في الفترات التي يتعرض فيها لصراع الدور Role conflict أثناء قيامه بعمله اليومي .

وحين يقوم الفرد بمهام لا يستطيع انجازها في الوقت المحدد او يقوم بمهام تتطلب مهارات عالية لا يملكها . فانه يعاني من مستوى عال من الضغط يترتب عليه ظهور عدد من أعراض الضغط الآنفة الذكر . وبالمقابل ، فان الأفراد الذين يتمتعون بقدر أكبر من القدرات والطاقات ولا يجدون العمل الذي يحقق لهم توظيف هذه القدرات والطاقات . يكونون أكثر عرضة للشعور بالملل والكآبة . وتزداد شكواهم ويزداد بالتالي توترهم وعزلتهم وغيابهم من العمل . ويبين عسكر العلاقة بين زيادة عبء الدور

وانخفاضه مشيرا الى ان رؤساء العمل الذين يعانون من مستوى مرتفع او مستوى منخفض من ضغط العمل يعانون من مشكلات صحية. وان الأداء الأمثل للعمل هو الذي يتناسب وقدرات وطاقات الفرد بحيث يقلل الى حد بعيد من مستويات الضغوط التي يعانيها جراء زيادة عبء الدور او انخفاضه (Arnold et al, 1997).

ويعاني الأفراد من مسببات الضغط الناتجة عن مسؤوليتهم في مدى ما يحققونه من مستويات متباينة في العمل ومدى تمكنهم من اجتياز العوائق في العمل على مدار العام .

كما تمثل عوائق الترقية والتقدم المهني ، احد مصادر الضغط الهامة في العمل . وتشكل طموحات الأفراد للحصول على العلاوات الدورية او الشخصية هدفا رئيسا لتحقيق النمو والتقدم المهني Career development

وبقدر ما يسمح فيه للأفراد بالمشاركة في صنع القرارات في المؤسسات التي يعملون بها بقدر ما يحقق للفرد شعورا بالرضا والاطمئنان . والأفراد الذين يعانون من العجز وفقدان الثقة بأنفسهم . وبقدرتهم على المشاركة في صنع القرارات هم أكثر معاناة للمواقف الضاغطة وأعراضها .

ويشعر الأفراد عادة ان الرواتب الشهرية التي يحصلون عليها في العمل لا تصل الى مستوى كمية العطاء التي يقدمونها مما تساهم هي أيضا في زيادة معاناتهم وتوترهم.

وشعور الأفراد بالراحة وبالمساعدة في تلقي المعلومات من خلال اتصالهم الرسمي أو غير الرسمي بالأفراد او الجماعات تساعد كثيرا في الحد من النتائج السلبية للمواقف الضاغطة . وتؤكد الدراسات على وجود علاقة دالة احصائيا بين المساندة الاجتماعية Social support . وضغط العمل Stress work . وكلما زادت المساندة الاجتماعية للفرد . كلما قلت ردود الفعل الناتجة من المواقف الضاغطة .

وتمثل ثقافة المؤسسة وقيمها وبنائها وتصميمها وقواعد السلوك السارية فيها يمكن ان تنعكس سلبا او ايجابا على العاملين فيها. وان التعارض ما بين القيم التي يحملها الفرد والقيم التي تحرص عليها ثقافة المؤسس يؤدي الى وجود ضغوط على الافراد العاملين يمكن ان تؤدي الى تدني الاداء والشعور بالاحباط وعدم التكيف (Arnold, et al 1997)

ويمكن ان تكون **العمليات المؤسسية** احد مسببات الضغط على الفرد. فالاتصالات الضعيفة والتغذية المرتدة الضعيفة حول الاداء والاهداف المتضاربة والتقييم غير المناسب للانجاز ونظم الرقابة غير العادلة والمعلومات غير المناسبة.ويشير هوي ومسكل (Hoy & Miskel) الى ان لعملية الاتصالات بين الافراد في المؤسسة وبين الفرد نفسه ورئيسه او مرؤوسيه اكبر الاثر في احداث ضغوط العمل لديهم. وكلما كانت

الاتصالات بين كافة الاطراف حرة ومفتوحة أدت الى بيئة عمل مناسبة لا يعاني الافراد فيها من الضغط. والقلق. وكلما كانت الاتصالات مقيدة أدى ذلك الى احداث ضغوط عمل لدى الافراد. وضعف التنسيق بينهم مما ينعكس في نهاية الامرعلى اداء الافراد والمؤسسة معا(Arnold, et al 1997).

ويرتبط الموقف الضاغط ومدته وتأثره التراكمي وتنوع مصادره وظرف حدوثه (ظرف طارىء ام متوقع) على كيفية رؤية الفرد للموقف الضاغط ومستوى تحمله للضغط. فادراك الفرد للتهديد بشكل ايجابي والتوقعات الواقعية تسهل عملية التكيف، وكذلك طريقة تفكيره وخبراته المبكرة ومفهومه عن ذاته

7: مصادر الضغوط المزمنة:

هناك انواع عديدة من مصادر الضغط المزمن وان اكثر انواع الضغوط المزمنة اهمية تلك التي تنشأ عن الصدمات الشديدة او الاحداث الضاغطة التي قد تخلف اثارا يستمر تأثيرها لسنوات عديدة. واضطراب ما بعد الصدمة Post traumatic stress disorder (PTSD): خذ على سبيل المثال الاساءة الجنسية التي يتعرض لها الاطفال، والاغتصاب، والكوارث الطبيعية، والكوارث الناتجة عن سلوك البشر فكل هذه الاحداث وغيرها الكثير تسبب اثارا مزمنة على الصحة النفسية والجسدية وتبقى تأثيراتها العنيفة التي صاحبت حدوث الخبرة الصادمة الى ما بعد انتهاء الحدث.

7: 1 اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة Post traumatic stress disorder (PTSD):

عرف أميا ومارش (Amaya & March, 1995) اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بأنها حالة من التوتر النفسي الشديد والاضطراب تحدث بسبب التعرض لمحنة او خطر جسيم . كأخطار الكوارث الطبيعية او تلك التي يسببها الانسان، والحوادث، او العمليات العسكرية . وهي تخلق عند الفرد حالة من اختلال التوازن واضطراب في السلوك. المتمثل في حالة من الانهاك النفسي والجسدي الناتج عن الاحداث الضاغطة والمزعجة الخارجية والداخلية التي يواجهها. والمرتبطة بتقييم الفرد لها بأنها مؤلمة، واقوى من قدراته وامكاناته والموارد المتوافرة لديه في مواجهتها. مما ينتج عنه تأثيرات سلبية تؤدي الى نقص في قدرته على مواجهة التحديات والصعوبات التي تعترضه. وتؤثر على تكيفه العام. ومسلك حياته، وتتضمن تهديدا ومساسا بالأمن الشخصي للفرد. وشعوره بالتوتر فيما يتعلق بمواجهته هذه التحديات والصعوبات.

وعرفه آخرون (اليونيسيف، 1995) على انه ازمة تنتج عن التعرض لحدث صادم وتتميز بأن الشخص يعاوده الشعور بأنه يعيش الصدمة ويتجنب ما يذكره بها. ويكون الفرد مخدر العواطف ويزداد لديه التوتر وردود الفعل الحادة تجاه الاحداث الضاغطة.

ويرى كل من هال وهندرسون (Hall & Henderson, 1996) ان بداية تضمين اضطراب ما بعد الصدمة وبداية تضمينه في الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي الاحصائي (DSM-III) عام 1980 لأول مرة هو الذي صنف هذا الاضطراب كتشخيص اكلينيكي.

وعرفت جمعية الاطباء النفسيين الامريكية في الصورة الرابعة من الدليل التشخيصي الاحصائي (DSM-1V T.R, 1994) اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ضمن المحكات الآتية: (Dumas & Nilsen, 2003) (بارلو، 2002) (شاهين، 2007):

أولا: ان يتعرض الشخص للحدث الصادم في حالتين:

- ان يخبر الشخص او يشاهد او يواجه بحدث او احداث تتضمن الموت او التهديد به، أو الاصابة البالغة، او تهديد سلامته الجسمية او سلامة الآخرين.
- ان تتضمن استجابة الشخص خوفا شديدا وشعورا بالعجز او الفزع أو الرعب.

ثانيا: ان يعاني الشخص من تأثيرا الحدث الصادم، ويختبرها بطريقة أو أكثر من الطرق الآتية:

- ذكريات مزعجة ومتكررة تفرض نفسها على الفرد، تتضمن خيالات او افكارا او مدركات (عند الاطفال الصغار قد يحدث اللعب التكراري عندما تكون موضوعات أو جوانب الصدمة قد عبر عنها اللعب).
- احلام متكررة مؤلمة للحدث الصادم. (عند الاطفال ، قد تكون احلام مخيفة دون محتوى له معنى).
- يتصرف الفرد أو يشعر كما لو كان الحدث الصادم قد تكرر (يتضمن ذلك شعورا بمعاناة الخبرة وهلوسات وذكريات). وكأن الشخص يعيش الخبرة مرة ثانية، مع استرجاع مفصل لسلسلة الاحداث، بما في ذلك تلك التي تحدث في حالة اليقظة، أو عندما يكون تحت تأثير الكحول.
- ألم نفسي حاد عند التعرض لمؤشرات داخلية او خارجية تماثل بعض جوانب الحادث الصادم وترمز اليها.
- رد فعل فسيولوجي عند التعرض لمؤشرات داخلية او خارجية ترمز الى جوانب من الحدث الصادم او ما يشبهه.

ثالثا: التجنب الدائم للمثيرات التي ترتبط بالصدمة. وخدر في الاستجابة العامة (لم يكن موجودا سابقا). ويدل عليها وجود ثلاثة على الأقل من الآتي:

- محاولات تجنب الافكار أو المشاعر المرتبطة بالصدمة
- محاولات تجنب الانشطة والاماكن والاشخاص التي تستثيرهم ذكريات الصدمة
- العجز او صعوبة تذكر جانب مهم من الصدمة
- نقص واضح في الرغبة بالمشاركة في الفعاليات المهمة او الاهتمام بها
- الشعور بالعزلة او النفور من الاخرين
- انحسار حدة العاطفة والمشاعر (عدم القدرة على ممارسة مشاعر الحب)
- مشاعر لمؤشرات الاخفاق في بعض النتائج المتوقعة في المستقبل او استحالة وجودها. كأن يتوقع ان لا تكون له مهنة او لا يكون له زوج او اطفال او حياة طبيعية

رابعا: أعراض ملحة ومتكررة تدور حول زيادة الاستثارة او الهيجان (لم تكن موجودة قبل الصدمة) ويدل عليها وجود ثلاثة على الأقل من الآتي:

- صعوبة الاستغراق في النوم او الاستمرار فيه (الارق).
- سرعة الاستثارة والانفعال أو الغضب الحاد
- صعوبة التركيز
- يقظة وحذر مفرطان
- الاستجابة الفجائية المبالغ فيها

خامسا: استمرار الاضطرابات (الاعراض المشار اليها في ثانيا، وثالثا، ورابعا) لمدة شهر واحد على الاقل.

سادسا: تؤدي هذه الاضطرابات الى معاناة شديدة او ضعف واضح في المهام الاجتماعية او المهنية، أو غيرها من الجوانب المهمة ويتحدد باعتباره:

- حادا: اذا استمرت الاعراض اقل من ثلاثة اشهر
- مزمنا: اذا استمرت الاعراض ثلاثة أشهر او اكثر

وتتحدد اذا كانت:

- بداية الاضطراب مؤجلة: اذا بدأت بعد اكثر من ستة شهور من تاريخ الحدث الصادم.

كما ورد في الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-IV; 1993) معايير اضطراب الضغوط الحاد على النحو الاتي:

أولا: يكون الشخص قد تعرض لحادث صادم. وتظهر عليه كل من الآتي:

- عاش الشخص خبرة صادمة، او شاهد او واجه حدثا تضمن الموت او التهديد بالموت، أو الايذاء، أو تهديد السلامة الجسمية للشخص ذاته او للآخرين.
- تضمن استجابة الفرد بالخوف الشديد والعجز او الرعب.

ثانيا: تظهر لدى الفرد اما اثناء وقوع الحادث او بعده مباشرة، أربعة على الاقل من الأعراض المنفصلة التالية:

- الذهول (الغيبوبة) أي انخفاض النشاط التلقائي او الارادي التوافقي. ويبدو عليه انه غير واع بما يحيط به.
- عدم الواقعية، اي يدرك البيئة، كما لو كانت غير حقيقية او مثل الحلم
- اختلال احساس الفرد بذاته. أي خبرة بدون مشاعر كما لو كان الشخص يلاحظ من الخارج عملياته العقلية او الجسمية او الشعور بأنه مثل الانسان الالي.
- الاحساس الذاتي بالخدر، غياب الاستجابة الانفعالية او الشعور بالانفصال عن الاخرين.
- فقدان الذاكرة اي عدم القدرة على تذكر الاحداث المرتبطة بالخبرة المؤلمة.

ثالثا: يظهر لدى الفرد اما اثناء وقوع الحادث المؤلم، أو بعده مباشرة ، ثلاثة من أعراض القلق او الأعراض الأخرى التالية:

- خبرة مزعجة مفاجئة ، الخوف والقلق
- الاستثارة الزائدة، وتتضمن صعوبة في التركيز، الانتباه المفرط، الاستجابة المفاجئة (الاجفال) المبالغ فيها.
- أعراض جسمية تتضمن كل من الرعشة، تنفيس مفرط، النبض السريع، سرعة دقات القلب، توتر العضلات، الارهاق، التعب.
- تذكر اقتحامي او الانشغال بذكريات الصدمة.
- اضطراب النوم، ويتضمن الأرق ، مخاوف ليلية، الكوابيس
- الغضب
- اليأس او فقدان الأمل
- الانسحاب الاجتماعي

رابعا: يؤدي الاضطراب الى ضعف واضح او ضيق، يكشف عن نفسه في أي من الآتي:

- يتعارض بوضوح مع الوظائف الاجتماعية او المهنية
- يمنع الفرد من متابعة بعض الواجبات الضرورية، مثل: الحصول على المساعدة الطبية او القانونية الضرورية. او حشد امكاناته الشخصية. لكي يخبر أفراد الأسرة بالخبرة الصادمة.

خامسا: يستمر الانزعاج أقل من أربعة أسابيع (عندما يجب اجراء التشخيص دون انتظار الشفاء، ويجب ان يصنف على انه مؤقت).

سادسا: هذا الانزعاج لا يرجع الى مادة تؤدي الى اضطراب أو الخلل الثانوي التنافري. وليس مجرد اضطراب سابق.

والحدث الصادم هو حدث حاد، ومفاجىء ومربك وشديد الوقع على الشخص الذي يتعرض له. سواء كان الحدث من فعل الانسان كالحروب، والازمات الاقتصادية، او من فعل الطبيعة كالزلازل والأعاصير. وهي بالتالي تهدد أمن الفرد، وتسبب له الخوف والقلق والانسحاب والتجنب. وتؤدي الى الاخلال بتوازنه النفسي والاجتماعي والبدني (عبد الخالق، 2000).

7: 2 النماذج النظرية لاضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة:

اقترح عدد كبير من النماذج النظرية في محاولة لتنظيم الانماط الملاحظة لردود الفعل في اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. الا ان معظم النماذج النظرية تتعلق بالدينامية النفسية في الاصل بحيث تتداخل في معظمها بدرجة كبيرة.

ومن ملاحظات فرويد عن المحاربين القدامى الذين اصيبوا بالصدمة خلال الحرب العالمية الاولى اشار الى اثنين من الخصائص الكبرى التي تعرفها العلماء الان من خصائص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة هما التكرار (اعادة التجربة) والانكار او التجنب. (بارلو، 2002). واشار هوروتز Horowitz في نموذجه لمعالجة المعلومات للاستجابة للصدمة مضمنا اياه العمليات النفسية فقط. مشيرا الى ان التوافق مع الحدث الصادم يتطلب ادماجه في نسقه المعرفي او تطوير نسق جديد. وحتى تكتمل هذه العملية . فان الصدمة تبقى في الذاكرة النشطة. حيث تكون المعلومات المرتبطة بالحدث الصادم خارج الوعي الشعوري. وتستخدم ميكانزمات الانكار او التجنب والخدر الانفعالي لتحفظ الفرد من ان تحدق به الصدمة.

واشار هوروتز الى التذبذب بين فترات الافكار المقتحمة والانفعالات وفترات الانكار والخدر، وظاهرة اعادة معاناة الخبرة كما يحدث في الكوابيس. والعودة الى

تصور ما حدث في الماضي يتمثل في اقتحامات تهدف الى تسهيل معالجة المعلومات. مؤكدا في الوقت نفسه ان الاقحام غير المتحكم فيه يمكن ان يؤدي الى اعادة معايشة الصدمة والى انفعالات خارج نطاق السيطرة. ويمكن ازاء ذلك النظر الى التجنب والخدر كعمليات ضبط تهدف الى تنظيم معالجة المعلومات حتى لا تغمر الفرد. ولاحظ هوروتز ان المساندة الاجتماعية القوية والايجابية يمكنها ان تساعد في الحماية ضد تطور اعراض الضغوط التالية للصدمة.

وحاولت النماذج البيولوجية في تفسير ظهور اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة على مستوى مختلف كلية حيث طور كل من فان دركولك وبويد وكرستال وجرينبرج Van der kalk, Boyd, Krystal and Greenberg عام 1984 نموذجا بيولوجيا يقوم على ملاحظة ان اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة يشترك في كثير من الجوانب مع نموذج سلوك الحيوان ازاء الصدمة التي لا مهرب منها. فكلاهما يتضمن التعرض لضغط شديد لا يمكن تفاديه. وان اعراض اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة تنجم عن التغيرات في نشاط الناقلات العصبية . وان اعراض فقدان الذاكرة الحادة، والاستجابات الانتفاضية الشديدة والثورات العدوانية ترتبط بالنشاط الزائد للاثارة الادرينالية. وللمثيرات المرتبطة بالصدمة، والتي يتبعها استهلاك الكيماويات الحيوية للمخ. والنقص في مستوى الجهاز العصبي المركزي من الادرينالين، الذي يعتقد انه يفسر اعراضا مثل فقدان الاحساس باللذة والانسحاب الاجتماعي والخدر الوجداني والافيونات داخلية المنشأ والتي تنساب اثناء التعرض ثانية للضغوط.

واقترح كولب Kalb نموذجا آخر للأعراض المرضية الجسمية لاضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة. بالتركيز على تأثير التعرض للعوامل المسببة للضغوط على الجهاز العصبي المركزي. فالتنبهات الحادة التي يخبرها الفرد في الأحداث الصادمة قد تسبب تدمير او تغيير المسار العصبي. وايد كل من شارني وزملاؤه Charney, et al ما توصل اليه كولب فكرة الصدمة التي تؤدي الى تغير في نظام المخ العصبي الكيماوي كمساهم في اعراض اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة.

واقترح كل من كين وزمرنج وكارل (Keane, Zimering and Caldell, 1985) نماذج نظرية التعلم ذات العاملين لتفسير تطور اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة مستخدمين تفسيرات مماثلة لأعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة الناجمة عن الاغتصاب. ووفقا لهذا النموذج فان كل مثير يرتبط بالحدث الصادم يمكن ان يصبح من خلال عملية الاشراط التقليدي قادرا على انتاج استجابة شرطية مماثلة لتلك التي تقترن بالصدمة الاصلية. والمثيرات الاضافية المقترنة بطريق غير مباشر بالصدمة تؤدي الى افعال مماثلة من خلال تعميم المنبه والاشراط. ويتعلم الفرد سلوك التجنب كي يهرب او يمنع الاستجابة الشرطية. وان التدعيم السلبي المتكرر للتجنب يجعله مقاوما جدا للانطفاء. وتزداد الاعراض سوءا عبر الوقت كلما استثارت المثيرات ذكريات

الصدمة والاستثارة الفسيولوجية. ويرى كين ورفاقه بأن تأخر بدء اضطراب الضغوط قد ينجم فعلا عن الاعراض التي تسود تدريجيا عبر الوقت حتى تصل الى نقطة حرجة.

واقترح كل من فوي واسانو وهاوسكامب ونيومان (Foy, Houstkamp and Newman, 1992) نموذجا سلوكيا يتأثر فيه استمرار اعراض ضغوط ما بعد الصدمة أساسا بالعوامل المخففة. كالمساندة الاجتماعية او العوامل المضاعفة مثل تاريخ الاسرة في المرض النفسي. واستند نموذج فوي ورفاقه الى نظرية لانج في الانفعال والتي افترض فيها شبكة الذاكرة الدلالية لنقاط الاتصال البينية للمعلومات. التي تتضمن المثيرات المتعلقة بالصدمة والمعلومات عن الاستجابة للاحداث. والمعلومات عن معنى كل من المنبهات والاستجابات.

وترى فوا وستكيتي وروثبوم (Foa, Stekette and Rothman, 1989) ان الاحداث الصادمة تخلق شبكات خوف كبيرة ومعقدة . تنشط بسرعة بسبب العدد الكبير من الاتصالات البينية التي تتكون من خلال الاشراط والتعميم. مما يؤدي الى الاحساس بعدم القدرة على التنبؤ وعدم القدرة على التحكم وهي عوامل مهمة في تطور واستمرار اضطرابات الضغوط.

كما طور كل من شمتوب ورتبويلات وحمادا وكارلسون وتونتي مان (Chemtob, Roitblat, Hamada, Carlson and Tentyman, 1988) نموذجا مماثلا لمعالجة المعلومات لاضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة. واقترح كريمر ورفاقه (Creamer, et al, 1994) نموذجاللمعالجة المعرفية لردود الفعل للصدمة التي تتضمن حلقة من ردود الفعل التي تتضمن الاقحام والتجنب ومستوى الاعراض. بحيث ينظر الى العمليات الناجحة او تكامل الصدمة كمحور للتعافي الناجح. تتضمن خمس مراحل هي:

- المرحلة الاولى: التعرض الموضوعي ، والعامل الرئيسي في هذه المرحلة هو خطورة مصدر الضغط الذي يؤدي الى الصدمة.
- المرحلة الثانية: هي شبكة المعلومات التي تتحدد اساسا بالادراكات الذاتية والمعنى المرتبط بالخبرة.
- المرحلة الثالثة: وهي الاقتحام. وفي اثناء هذه المرحلة، فان شبكة الذاكرة تنش في محاولة لمعالجة وتحليل الذكريات المرتبطة بالصدمة.
- المرحلة الرابعة: هي التجنب وتتصف باستخدام الهروب والتجنب كخطط مواجهة في الاستجابة للاقتحام.
- المرحلة الخامسة: والتي سميت النتيجة: يتحقق فيها التعافي من خلال شبكة معالجة الحلول. ولكن هناك عوامل كوظائف ما قبل الصدمة والمعالجات البيولوجية، ليست

متضمنة في هذا النموذج، على الرغم من ان اصحابه يقدرون اهميتها.

- ويرى جونز وبارلو (Jones & Barlow, 1992) بأن المتغيرات المهمة في معرفة أسباب واستمرار الاضطرابات الاخرى للقلق بالاضافة الى ادراك القلق. تفسر تطور اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة. ومن خلال الاعتراف بدور القابلية البيولوجية في هذا النموذج. اكد جونز وبارلو على ان ما هو موروث قد يكون استعدادا للاستجابة للضغوط مع وجود الاستثارة المفرطة الذاتية المزمنة.

7: 3 تشخيص اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة:

- حتى يتم تشخيص اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة، فانه لا بد من الاخذ بعين الاعتبار للنقاط الآتية قبل البدء بأي اجراء لتشخيص هذا الاضطراب:
- وجود عامل أساسي: وهو التعرض لحدث ضاغط ومؤلم على عكس غيره من الاضطرابات. وهذا الحدث يكون شديدا بحيث لا يحتمله الانسان ضمن قدراته الجسمية والنفسية.
- العامل المسبب لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة قد يكون حدثا مفاجئا مر للحظة معينة وقد يكون تعرضا مستمرا لحوادث مختلفة مثل الاغتصاب الجنسي المتكرر لصغار السن. او التعرض لظروف عنف يدومم لفترة طويلة. (Dumas & Nilson, 2003).
- تنتشر اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة بين الشعوب باختلاف اجناسهم وثقافاتهم وازمنتهم. واعمارهم وطبقاتهم الاجتماعية والاقتصادية. وقد اشارت الدراسات التي اجريت في الولايات المتحدة ان انتشار اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة كان (5% عند الرجال) و (10% عند النساء) عام 1995. (National center for PTSD Fact sheet, 2004)
- الا ان فئات من الناس لديهم خصائص شخصية او بيئية تجعلهم يطورون أعراضا لاضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة اكثر من غيرهم شخصها مكماهون (2002) بالآتي:
- الافراد الذين يواجهون ضغوطا نفسية شديدة ولا يتوقعون ما سيحدث، ويتعرضون للاضطهاد الجنسي والتحرش او الاعتداء خاصة في مراحل الطفولة
- الافراد الذين يتعرضون وراثيا لها، أو الذين يتعرض اقرباؤهم مبكرا لها، اي اولئك الذين لهم تاريخ من الأحداث الصدمية التي تعرض لها شخص او احد اقاربه في مرحلة الطفولة.
- الأفراد الذين يبلغون عن تهديد مدرك كبير، وخطر، ويعانون من الخوف والرعب والمعاناة الدائمة، او لديهم أمراض جسدية تبعث على القلق.

- أفراد يعيشون في بيئة اجتماعية يسودها يسودها الخجل او التأديب، او الكراهية الذاتية او المستوى التعليمي المتدني.
- وتتميز اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة عن مشكلات أخرى قصيرة الأمد، كالحزن عند موت قريب او عزيز. فضغوط ما بعد الصدمة هي من الاضطرابات النفسية التي تدعى باضطرابات القلق. تنشأ بعد التعرض لحادث صادم مثل الكوارث الطبيعية او الحروب او حوادث السيارات . ينشأ عنها الاستجابة للخوف الشديد او الرعب او الشعور بالعجز امام التهديد (Dumas & Nilson, 2003) .
- واستخدم السلوكيون مبادىء التشريط الكلاسيكية لتفسير تكوين اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة. ونشوئها. حيث وجدوا ان ضحية الصدمة تطور استجابة الخوف من خلال التعلم الارتباطي. ووفقا لنماذج التعلم التي تتضمن نظريات المثير والاستجابة التقليدية فتتجنب المحفزات المتعلقة بالصدمة من اجل ان تتفادى القلق والخوف. (Fletcher, 1992) بينما ترى النظرية الدينامية السيكولوجية ان حادثة الصدمة التي تقع خارج نطاق الممارسة البشرية وهي تواجه الضحية بحالة لا تملك فيها هذه الضحية أي مشروع ادراكي لامتصاص المعلومات التي غرزتها هذه الصدمة في الضحية. فتلعب مرحلة تطور الضحية في وقت ممارسة الصدمة دورا في تكوين الاعراض .(National center for PTSD Fact sheet, 2006)
- وتشير الدراسات التي اجريت على اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة عدم اقتصار تأثيرها على الفرد في مرحلة الطفولة وانما قد تمتد الى المراحل العمرية اللاحقةاذا لم تتم معالجتها. فقد اشار كل من ارمزوورث وهولادي (Arm sworth & Hollady, 1993) بأن الطفل يبدأ يقوم ذاته على الحدث الذي تعرض له. وان الاطفال الذين يتعرضون لحادث صادم يظهرون مشاعر ذنب وخجل ناجمة عن شعورهم بأنهم قد نجو من الحادث بينما البعض منهم لم ينج منها. اضافة الى ان هؤلاء الاطفال الذين اصيبوا بالصدمة يحكمون على سلوكهم الذي صدر عنهم في تلك المواقف بشكل قاس، ويشعرون بالخجل ولوم الذات. اما بالنسبة لادراك الذات. فقد تحدثت الدراسات الى وجود تبديلات في ادراك الذات او المشاعر نحو الذات لدى الاطفال والمراهقين المصدومين تضمنت انخفاضا في تقدير الذات وصورة سلبية لمفهوم الذات.

7: 4 الظروف المسببة للضغط المزمن:

أوضحت الدراسات التي أجريت على الظروف المسببة للضغط ان الاجهاد والمعاناة المستمرين والتي يصطدم بها الفرد لفترات طويلة الامد والعيش بظروف الفقر او الارتباط بعلاقات سيئة وكذلك الاستمرار بالعمل في مهن تسبب ضغطا كبيرا تمثل مسببات رئيسية للضغط. وضمن تايلر (2008) دراسة اجراها برلين وشولر Pearlin & Schooler على عينة من 2500 شخص. اوضحا فيها بأن الافراد الذين يعانون من الضغط المزمن ارتبطوا بعلاقات زوجية او والدية وما يؤدونه من واحبات منزلية او

وظائف كانوا اكثر عرضة للمعاناة النفسية. وان الاجهاد المزمن الذي يستمر لأكثر من سنتين له دور في تطور الكآبة. وان الضغوطات التي يصعب ضبطها قد تقوم بدور خطير جدا في تطور الامراض. ووجد تيرنر ولويد (Turner & Loyd, 1999) ان الكآبة التي ارتبطت مع المستوى الاجتماعي المتدني كانت قد فسرت بالكامل من قبل الأفراد الذين يقعون في أدنى درجات السلم الاجتماعي الاقتصادي بسبب التعرض للضغط.

وفي دراسة أجراها بايك ورفاقه (Pike, et al,1997) اوضحت بأن الافراد الذين اتسمت حياتهم بالتعرض للضغوط المزمنة. اظهروا تطرفا في النشاط السمثاوي، وتناقصا في نشاط الخلايا القاتلة. كرد فعل على الضغط الحاد الذي تم تعريضهم له في المختبر. مقارنة مع اشخاص كانوا اقل تعرضا للضغط في بيئاتهم. كما اوضحت دراسات ليبور ومايلز وليفي (Lepore, Miles, & Levy, 1997) ان الضغط المزمن يرتبط بالعديد من المشكلات الصحية بما في ذلك ولادة اطفال غير مكتملي النمو. واضافت الدراسة التي أجراها ريني ورفاقه (Rini, et al, 1999) بوجود القابلية لتطوير امراض الشريان التاجي لدى الاشخاص الذين يعانون من الضغط المزمن.

7: 5 الضغط المزمن والصحة:

توضح الدراسات التي أجريت للكشف عن العلاقة بين الضغط المزمن والصحة وجود علاقة بين الضغط المزمن والآثار السلبية على الصحة الجسمية والعقلية وان ضغوطات مزمنة معينة تعد عاملا مؤثرا في احداث المرض. وكشفت الدراسات بوضوح فروقا بين الطبقات الاجتماعية في الوفيات الناجمة وفي معدلات حدوث أمراض معينة. وان هناك دلائل تشير الى ان اغلب انواع السرطان والامراض القلبية الوعائية لها علاقة بالضغط الناتج عن الفقر، والتعرض للجريمة. وان كثيرا من الامراض النفسية كالكآبة مثلا لها علاقة بالضغط الناتج عن الفقر. واكد تيرنر ولويد (Turner & Loid, 1999) ان الاشخاص الذين ينحدرون من طبقات اجتماعية متدنية يحتلون في العادة مهنا مكانتها الاجتماعية متدنية. مما يجعلهم اكثر عرضة للصراعات الناجمة عن العلاقات مع الاخرين. والى درجات استثارة اعلى فتزيد لديهم المعاناة النفسية وكذلك تغير في المؤشرات القلبية الوعائية. واكد مارنوت Marnot بان الضغط المزمن المرتبط بمهن معينة. لا سيما تلك المهن التي تفرض مطالب عالية، ويصعب التحكم فيها. قد ترتبط بدرجة دالة مع تطور الامراض القلبية الوعائية.

8: ردود الفعل تجاه ضغوط الحياة:

8: 1 اضطرابات التوافق:

تظهر اضطرابات التوافق كرد فعل للتغيرات التي تحدث في حياة الفرد اكثر مما هو متوقع وتأخذ مظاهر واشكال متباينة: كالحزن، والقلق، واضطرابات السلوك، ومشكلات جسمية، والانزواء بعيدا عن المجتمع، واضطراب في العمل وعدم القدرة على انجاز العمل الموكل اليه.

وتقوم اضطرابات التوافق بوظيفة لدى الفرد فتشعره بالنقص فيتدرب على خطط المسايرة الضرورية التي يكون في اشد الحاجة اليها. وتحتاج الى اهتمام خاص به.

8: 1: 1 أساليب مواجهة الضغوط:

قد يلجأ الفرد عندما يفقد الامل في تكوين صداقة مع شخص آخر أو عندما يفقد العمل الى الشعور بالحزن والقلق لفترة يتبعا تكيف مع مرور الوقت والتفكير في اختيار انفعالاته المناسبة وسلوكه المناسب للتغلب على هذه الضغوط. والتحدث مع اشخاص آخرين للافضاء بما في نفسه والسعي للحصول على مساعدتهم. وكبت مواقف الضغط التي تعرض لها والتي تدعم انفعالاته الضعيفة. أو ارهاق نفسه من الحزن الشديد على شيء هام فقده في حياته ولكنه يستعيد بالتدريج نظرة اكثر ايجابية على الحياة. فيفكر في الحدث عندما لا يستطيع السيطرة على ضغوط هذا الحدث بكيفية فعاله. مستخدما في ذلك اسلوب الشعور والتفكير. والتصرف استجابة لهذه الضغوط. وقد يشعر الفرد بأنه شديد الاضطراب ومكتئب ويفقد القدرة على التجديد في حياته الشخصية ويعتقد ان حياته انتهت تماما بسبب هذا الحادث. وبالتالي فانه يسلك طريقا يؤدي به اما الى الاجرام تكفيرا عما حدث ، او الانتحار ، او اساءة التعامل مع الاخرين، او الابتعاد عن الدراسة، او يصبح منعزلا اجتماعيا. (امام والرمادي، 2001):

8: 1: 2 أسباب التعرض للضغط:

- نوع الحدث المؤلم، ودرجة الشعور بالفقدان فيه
- القدرات الذاتية للشخص. والتي يمكن ان تؤثر على صدمة الحدث المؤلم
- الاسباب البيولوجية
- الخصائص الشخصية
- ادراك قابلية الفرد لهجوم الضغط عليه
- علاقة الفرد ببيئته والتي تؤثر على تفسيره الشخصي للحدث المؤلم

8: 2 السلوك الاجرامي:

الجريمة ظاهرة اجتماعية طبيعية وان كانت مستهجنة لدى الغالبية العظمى من المجتمعات. فكل مجتمع لا يخلو من الاجرام الذي يتشكل بصور شتى. كما ان الافعال المجرمة ليست واحدة في كل مجتمع. خذ مثلا ما سنته اسبارطة قبل الميلاد عندما مجدت السارق اذا لم يضبط واذا ما ضبط حق عليه العقاب الشديد (مرسي، 1996). ولقد اقلقت الجريمة ولا تزال تقلق المجتمعات الانسانية منذ اقدم العصور حتى وقتنا الراهن. وذلك لارتباطها بالشر ومن ثم اصبح البحث في الخير ومعايير التمييز بينه وبين الشر تحتل

مكانا بارزا في التفكير الانساني. وان اتسعت شقة الخلاف بين الباحثين في تصورهم لطبيعة الخير. ولقد تحدثت الكتب السماوية عن الخير والشر كما تحدث الفلاسفة عبر العصور. فاشار سبنسر الى ان الخير واشر يجري عليهما التطور وان الافعال الخلقية جديرة بتحقيق اقصى قدر من السعادة للجماعة. فالقيم الاخلاقية ذاتية وليست موضوعية والعلم بالشر يفضي الى تجنبه. وان الجهل أساس الرذيلة والسلوك الاجرامي.

8: 2: 1 الجريمة والعقاب:

ان محاولة تفسير الجريمة مشكلة قديمة ترجع الى زمن ابوقراط وافلاطون وارسطو. كما ان معظم الدراسات التي اجريت منذ خلق الانسان وحتى يومنا هذا قد تعرضت لدراسة ظاهرة الاجرام واسبابه كظاهرة اجتماعية. ولما كانت جريمة القتل مرتبطة بالعنف. فان العنف من اهم الظواهر البشرية، واصبح بالتدريج يفهم من نواح ثلاث:

فمن الناحية السيكولوجية: فان العنف يعد انفجارا للقوة يتخذ صيغة لا تخضع للعقل وغالبا ما يتخذ صيغة القتل. **ومن الناحية الثانية وهي اخلاقية**: يفسر بأنه عدوان على ملكية الجار وحريته. **ومن الناحية الثالثة** : حيث انه استخدام للقوة للاستيلاء على السلطة واستغلالها.وهي تلك التي تستحوذ على معظم الاهتمام في عصرنا الحاضر.

ولا شك ان القوة عامل اساسي في تكوين الدولة. وهي الاداة التي توجدها. وقد اصبحت مطلبا اساسيا في المجتمع الحديث المعقد وساعد على ذلك الانتشار الكبير للنزعة الفردية من منتصف القرن العشرين حيث توضع مصلحة الفرد فوق كل اعتبار. وليس باستطاعة الانسان ان يعيش الا في علاقته مع الغير.

وتشير الدراسات بأن تقدم العلم قد زاد المشكلات الاجتماعية تعقيدا بدلا من ان يساعد على تحقيقها. ونحن نعيش عصرا مليئا بالمفاجآت حيث تبدو الرؤى والاحلام حافلة بالأمل في مستقبل زاهر للانسان يحمله العلم والتكنولوجيا. الا ان هذا الامل يبدو مغلقا بالشك في جدوى هذا التقدم العلمي والتكنولوجي. وانسان اليوم يعيش بلا جذور وبلا ثقة من خلال التغيرات المتلاحقة لايقاع الحياة (توفلر، 1994). بل وان انسان اليوم لا يعيش في مسكن آمن حقيقي (مخيمر، 1983). وحاجة العالم اليوم الى الانسان المتزن لم تعد من قبيل الرفاهية ، وان تخليص انسان هذا العصر من شوائب الانحراف اصبح ضرورة حاسمة في عالم امتلأ باسلحة مدمرة لا تحتاج الا الى ارادة الانسان لاطلاقها وان اعتماد الحضارة الحديثة على العقل وحده قد افقدها الكثير من نعيم النفس والروح. فحضارتنا اليوم تهدد العلاقات الاجتماعية والنفسية لدى الفرد وتثير قلقه الامر الذي نبه اليه فرويد ومن بعده تلاميذه ومن ثم الالتجاء الى مفهوم جديد للتوافق لدى انسان اليوم .

8: 2: 2 القتل ودوافعه:

يرى علماء الاجتماع والنثروبولوجيا ان الباعث للقتل في قبائل ماريا في الهند يتم من خلال الغريزة الجمعية وليس اللاجمعية. وان القتل العمد كان جزءا من اعمال

السلب والنهب التي يمارسها القتلة المحترفون في الهند والذين توارثوا هذه المهنة معتقدين بأن القتل حق مشروع لهم. وان البواعث السياسية والاقتصادية والدينية كانت تقف وراء ارتكاب القتل وذلك ابان عصر النهضة. ومن ثك يبرز اثر العامل الحضاري والثقافي والاقليمي في جرائم القتل على النحو الذي لاحظه. واهتم علماء الاجرام بالاسباب المباشرة لجريمة القتل واوردوا عدة اسباب فقد يحدث القتل بصورة عرضية وقد يحدث القتل بصورة واضحة واساسية. منها ما يهدف على سبيل المثال لا الحصر للمنفعة لاسباب عاطفية ، للسرقة، للانتقام والتخلص من الاطفال ومتاعبهم. وفي حالات الحمل غير الشرعي او بسبب ازمة نفسية. ووصفت المدرسة السلوكية اربعة فئات لجريمة القتل تبعا للبواعث المحركة للقتل. وهي القتل لكسب، او لغيرة، او لشهوة القتل، والانتقام. وأشار آخرون الى ان التخلص من شخص بهدف السرقة، او نتيجة مشاجرة او تزاع لاسباب عاطفية، وقتل الاطفال تجنبا لفضيحة او سوء الحالة الاقتصادية تمثل بواعث للقتل ويرى وولفانج ان من بواعث القتل الخلافات المالية والمشاجرات المختلفة والانتقام والاسباب العرضية والدفاع عن النفس والقبض على المجرمين والهروب من القبض والاعتقال والتخلص من الاطفال... الخ. (نجاتي وآخرون، 1982)

ويؤكد اقطاب مدرسة التحليل النفسي على اهمية الدوافع اللاشعورية لدى مرتكب جريمة القتل. حيث ترتبط بأساليب تربية وتنشئة القاتل في حياته الاولى وما صاحبه من ضغوط واحباطات ومخاوف. وما تمخض عن هذا من عدوانية نحو الذات او نحو الاخرين. وان مشتقات الحافز العدواني تصبح جزءا من تكوين الانا التي تخدم هدف التكيف (Heiman & Valenstein, 1972). فالقتل في نظر التحليليين هو عدوان ناشيء عن احباط وانه عدوان لاشعوري نحو صورة الاب او الام. كما ان هذا الاتجاه من العدوان انما تحول نحو موضوع القتل نتيجة لعوامل تحول دون اتجاه العدوان نحو موضوعه الحقيقي. واحيانا ما يصاحب القتل عملية انتحار على نحو ما يفعل بعض الرجال غير الاسوياء الذين يقتلون زوجاتهم واطفالهم.

ويعد الانتحار نوعا من القتل. فما من أحد يقتل نفسه ما لم يسبق له ان ينوي قتل شخص آخر. فالانتحار هو نتيجة لضغط الانا الاعلى وفقدان الذات (أوتو فنجل، 1999). وقد اشار فرويد الى ان القتل يكون احيانا بمثابة تكفير او طلب للعقاب حتى يمكن ان نسمي جرائهم بجرائم العقاب الذاتي حيث لا تصدر عن ضعف او فقدان الانا الاعلى بل من شدتها المفرطة (صفوان، 1998). ويشير المتخصصون في الطب النفسي الى انواع متعددة من القتلة وهي القاتل العادي، والقاتل ضد اجتماعي، والقاتل المدن على الكحوليات، والقاتل الذي يهدف الى الثأر والانتقام، والقاتل منفصم الشخصية، والقاتل الذهاني، وقاتل النساء، والقاتل السادي، والقاتل جنس المثلية (Davison & Neale, 2004).

وتمثل جرائم العنف حجما اكبر من جرائم الاوساط الاجتماعية. فجرائم العنف اكثر حدوثا في الاجزاء الفقيرة من العالم حيث تقل خدمات التعليم والصحة والاسكان.

لكن دوافع القتل في تلك المجتمعات تختلف عما هي عليه في المجتمعات المتقدمة. (Cohen, 2007). كما ان بواعث القتل التي تدفع الشخص الى ارتكاب القتل والشروع فيه تختلف باختلاف تلك البواعث عند المرأة للقيام بهذا العمل.

8: 2: 4 القتل في الشرائع المختلفة:

لعل اول جريمة قتل سجلت في التاريخ البشري تلك التي اخبرتنا بها الكتب السماوية بأن قابيل قتل اخاه هابيل بسبب الغيرة والحسد . وذلك في قوله تعالى : **"واتل عليهم نبأ ابني آدم بالحق اذ قربا قربانا فتقبل من احدهما ولم يتقبل من الآخر قال لاقتلنك . قال انما يتقبل الله من المتقين. لئن بسطت الي يدك لتقتلني ما انا بباسط يدي اليك لأقتلك اني اخاف الله رب العالمين. اني اريد ان تبوْ باثمي واثمك فتكون من اصحاب النار وذلك جزاء الظالمين. فطوعت له نفسه قتل أخيه فقتله فأصبح من الخاسرين"** (سورة المائدة، الآيات: 27 – 30). وورد ايضا في بعض الاساطير القديمة من ذكر القتل . فقد جاء في اسطورة ايزيس ان (ست) اله الشر قتل أخاه (أوزيريس) بسبب الغيرة والحسد (نجاتي وآخرون، 1982). كما ورد في الاسطورة اليونانية القديمة أوديبوس او أوديب للشاعر (سوفوكليس) من ان اوديب بطل طيبة قتل اخاه (لايوس) وتزوج امه (يوكاستا) (غبريال، 1985).

لقد اختلفت نظرة المجتمع للجريمة بصفة عامة وجريمة القتل بصفة خاصة باختلاف مراحل التاريخ. ففي العهود البدائية لم يكن للفرد قيمة الا بوصفه عضوا في قبيلته او عشيرته او اسرته. فكان الاعتداء على حياته بمثابة الاعتداء على الجماعة التي ينتمي اليها وان الجريمة التي يقترفها الفرد كانت تسأل عنها قبيلته ومن ثم كان الثأر. وفرقت شريعة الاغريق بين القتل المتعمد والقتل غير المتعمد فكانت تعاقب على النوع الاول بالموت اذا ظل القاتل في ارض الوطن واباحت له كي ينجو من العقاب بأن يغادر البلاد وان يختار المنفى الى الابد. واهتمت شريعة الرومان بالقتل حيث تبين من خلال قانون (نوما) وهو اول قانون روماني عني بتنظيم احكام جرائم القتل على عقوبة الاعدام للقتل المقصود. ثم اورد قانون الالواح الاثني عشر ايضا نصا مماثلا. اما القتل غير المقصود سواء كان عرضا ام نتيجة لهما. فلم تكن له عقوبة جزائية بل يتعين على الجاني ان يكفر عن ذنبه بتقديم القربان والاضحية عن روح المجني عليه. ولم تلبث الاحكام السالفة ان عدلت بتشريعات عدة فيما بعد.

وفي الشريعة الاسلامية فقد قسم الفقه الاسلامي القتل الى اربعة اقسام:

1. **القتل العمد:** حيث تنصرف ارادة مقترفه الى فعل القتل وازهاق الروح، وعقوبة الاعدام قصاصا سواء كان هناك نية سابقة او حين ارتكاب الجريمة. واشترط الفقهاء في القتل العمد ان تكون الالة المستعملة جارحة او حادة حيث تعتبر قرينة على توافر قصد احداث الموت.
2. **القتل شبه العمد:** حيث لا تنصرف فيه نية الفاعل الى ازهاق الروح مثل من

يضرب انسانا بآلة غير قاتلة بقصد اصابته فحسب فتنجم الوفاة عن هذا الضرب. مما تعتبره التشريعات الحديثة ضرب افضى الى الموت.

3. **القتل الخطأ**: وهو اما ان يكون الخطأ في القصد او خطأ في القتل.
4. **قتل يجري مجرى الخطأ وله حالتان**: حالة تحدث عن طريق المباشرة. مثل من يسقط من سطح على شخص فيميته. وحالة تقع عن طريق التسبب كمن يحفر حفرة في الطريق لتصريف الماء فيسقط أحد المارة فيموت. هذا، وقد قررت الشريعة الاسلامية الاعدام قصاصا لجريمة القتل العمد. واجازت لذوي الدم ان يعفو عن حقه في القصاص بلا مقابل او لقاء الدية او ما يعادلها. الا ان هذا العفو لا يتعدى أثره الى الجريمة ذاتها فيظل الجاني مستحقا التعزيز بعقوبة تقدرها السلطة الحاكمة. أما جرائم القتل شبه العمد والقتل الخطأ وما يجري مجراه، فالعقوبة فيها الدية والكفارة (الكفارة تعني عتق رقبة مؤمنة، فان لم يجد القاتل الرقبة ولم يجد قيمتها يتصدق بها فيكون عليه صيام شهرين متتابعين). (نجاتي وآخرون، 1982)

8: 2: 5 القياس السيكولوجي للاجرام:

استخدم القياس في البداية في ميدان علم النفس في مجال القدرات الحسية على ايدي فخنر Fechner في مجال السيكوفيزياء ثم انتقل الى القدرات العقلية ثم اتسع ليشمل خصائص الشخصية. ثم انتشرت موجة قياس ذكاء الافراد. وسارع المهتمون بالسلوك الاجرامي الى استخدام المقاييس الانثروبومترية لتحديد خصائص المجرمين. وكذلك استخدام الرسام الكهربائي للمخ. ومقياس بينيه ليثبتوا ان الضعف العقلي هو المسؤول عن الجريمة. واثبت عالم النفس الامريكي جودارد Godard ان الضعف العقلي هو السبب المباشر للاجرام . وطبق مقياس وكسلر في الذكاء على الاحداث الجانحين. وتبين ان الذكاء العملي لديهم اعلى من الذكاء اللفظي، ويتمتعون بقدر من التآزر الحركي البصري والفهم الاجتماعي أكثر من قدرتهم على الادراك والتحليل. وان شكل القدرة النسبية لكل من القدرات التي يقيسها الاختبار يختلف عند الجانحين عنه عند غير الجانحين. وهو ما يعرف (نمط التشتت). وبينت دراسات عديدة بأن القدرة اللفظية للجانحين أقل من القدرة العملية لديهم. وان الجانحين لا يميلون الى التفكير المجرد ويتجهون الى التفكير العياني.

8: 2: 6 تصنيف المجرمين:

يزخر تراث علم النفس بالعديد من المحاولات التي قام بها علماء السلوك الانساني لتصنيف البشر الى انماط، لعل اقدمها تصنيف ابوقراط للاشخاص وتصنيف بيرجانييه في الامراض النفسية وكرابلين للامراض العقلية (سلامة، 1979). وهناك تصنيفات عديدة للاشخاص. كان للمدرسة الوضعية الايطالية الفضل في تصنيف المجرمين من خلال اهتمامها بالانسان المجرم الذي ينبغي في تقديرها ان يحل اسلوب المواجهة محل الواقعة الجنائية بوصفها فكرة ساكنة. (عبيد، 1981).

فقد **صنف لومبروزو Lombroso المجرمين الى** مجرم بالفطرة ومجرم المجنون، ومجرم بالعادة، ومجرم بالعاطفة، ومجرم الآثم او الذنب بالصدفة. **وصنف فيري Ferri** المجرمين الى مجرم بالفطرة، ومجرم مجنون ، ومجرم بالعادة، ومجرم بالعاطفة ، ومجرم بالصدفة. **وصنف جاروفالو Garofalo** المجرمين الى: قتلة، ومجرمي العنف، ولصوص. وتوصل عالم العقاب النمساوي فالبيرج :الى تصنيف المجرمين ركز فيه على الاختلافات النفسية والاجتماعية بين كل من : المجرم بالعادة، والمجرم بالصدفة. وصنف ليست **Lizt** المجرمين الى مجرمين لحظيين وهم فئة المجرمين بالصدفة، ومجرمين قابلون للاصلاح، ومجرمين يستعصون على الاصلاح. وصنف **دي توليو Di Tullie المجرمين الى** مجرم عرضي، ومجرم بالتكوين، ومجرم مجنون ثم قسم دي توليو هذه الفئات الى فئات فرعية. وقسم العالم الجنائي الالماني ميزجر **Mezger** الجناة الى طائفتين أساسيتين الاولى هم المجرمون الموقفيون او العرضيون. وهم نادرا ما يعودون للجريمة وهؤلاء مجرم لصراع داخلي، ومجرم في مرحلة النمو والتطور من قبيل المراهقة والشيخوخة، ومجرم الصدفة. أما **الثانية** فهم مجرمون بالطبع وهؤلاء مجرم بالاستعداد، ومجرم ذي اتجاه اجرامي تحول الاستعداد لديه الى ميل للجريمة، ومجرم دائم حيث تصبح الجريمة لديه حالة ثابتة. وصنف العالم الالماني سيلنج **Seeling:** المجرمين الى: مجرم محترف عازف عن العمل بدلا من احتراف مهنة شريفة، ومجرم مرتكب لجرائم المال ذو مقاومة ضعيفة للجريمة، ومجرم عدواني يتسم بحالة انفعالية شديدة مشوبة بطاقة من العاطفة وخمول في مشاعره الاجتماعية، ومجرم تعوزه الضوابط الجنسية، ومجرم يعمل تحت سطوة أزمة ولديه صراعات خارجية وداخلية لا سبيل الى فضها الا عن طريق الجريمة وتبرز بصورة اكبر في ازمة المراهقة وما يليها. ومجرم يتصرف بطريقة بدائية غير خاضعة للرقابة الشخصية برمتها. ومجرم يرفض التنظيم الاجتماعي، ومجرم ذو عقائد حيث يعتبر ارتكاب الجريمة واجب عليه وانه يسعى لتحقيق قيم اسمى. ومجرم مختلط. ومجرم خارج النماذج الاجرامية الكبرى وهو يمثل حالات منعزلة نادرة لا نماذج لها. وقسم الباحث الفرنسي جان بيناتل **Pinatel** المجرمين الى مجرم ذو طابع اجرامي، ومجرم منحرف لديه حالة من الشذوذ العاطفي تتراوح في مداها بين الخبث الشديد والخبث الخفيف. ومجرم ضعيف العقل او معتوه يتسم بضعف الذكاء. ومجرم مدمن على المخدرات والخمور، ومجرم محترف، ومجرم عرضي كالمجرم الانفعالي والمجرم الخاضع لظروف خلقية واجتماعية واقتصادية غير ملائمة. وصنف ليندسميث ودونهام Lindsmith & Dunham المجرمين الى فئتين تقف كل منهما في قطب مضاد للاخر: **المجرم الاجتماعي The social criminal** حيث يتمتع بمكانة اجتماعية في نطاق جماعة اقلية خاصة ويعرف بمهارته وجسارته ويعاونه اشخاص آخرون. **والمجرم الفردي The individual criminal**: حيث يرتكب جرائمه لأغراض مختلفة شخصية كانت او خاصة أكثر منها أغراضا عامة او مقبولة اجتماعيا. ويشير ليندسميث ودونهام Lindsmith & Dunham الى انه يوجد بين القطبين الاجتماعي والفردي عدد من الانماط تجاه ذلك القطب او ذاك. مثل الجريمة العاطفية وكذلك الجرائم التي ترتكب تحت ضغط مواقف الازمات Crisis situation كما ان هناك

من جهة ثانية انماط اخرى من النشاط الاجرامي تتشابه تقريبا مع الجرائم المحترفة وبالتالي تميل الى القطب الاجتماعي مثل الجريمة السياسية والجريمة الخاصة وبعض صور جناح الاحداث. كما ان المجرم السياسيعلى عكس المجرم المحترف لا يقبل تعريف الرأي العام لفعله على انه عمل اجرامي. لان فعله ينطوي على عنصر التضحية الشخصية في سبيل تحقيق اهداف يؤمن بها (محمد، 1987).

وقدم كل من هورت وليزلي Horton & Leslie المشار اليه في (محمد، 1987) تصنيفهما للمجرمين والذي يعد بمثابة صدى لاتجاهات المدارس الاجتماعية في علم الاجرام. حيث ميزا بين سبعة فئات من الجناة وهم:

- **مجرمون بحسب القانون:** وهم الذين حكم عليهم بوصفهم مدانين لكنهم ابرياء بحسب الواقع وبحسب انتفاء القصد الجنائي او جهلهم بالقانون.
- **مجرمون بحسب الاخلاق:** اي الذين يمارسون بعض الرذائل الخلقية مثل البغاء والقمار والزنا وتعاطي المخدرات والخمر
- **مجرمون مصابون بالجنون الخلقي:** وهم فئة المصابين بالمخاوف المرضية والهوس وغيرها من صور انتفاء الاتزان والاضطرابات النفسية التي تدفع للجريمة.
- **المجرمون المهنيون:** وهم من ينتمون الى طبقة اجتماعية عليا واصحاب الباقات البيضاء ومنهم مديرو المصارف والمصانع والمتاجر حيث يمارسون شتى الجرائم الاقتصادية
- **المجرمون الموقفيون:** وقد تشمل المجرمين بالصدفة او المجرمين العرضيين كارتكابهم للجريمة لظروف عابرة. مع ان حياتهم الخاصة لا تشجعهم على ارتكابها
- **المجرمون بالاعتياد:** وهؤلاء رغم تكرار سلوكهم الاجرامي لا يحترفون الجريمة بل يعوزهم مورد ثابت للعيش وغالبية جرائهم تافهة.
- **المجرمون المحترفون** : وهم اولئك الذين ينظمون حياتهم على اساليب الاجرام المنظم. وغالبا ما يخططون لجرائمهم بعناية (عبيد، 1981)

8: 2: 7 تفسير السلوك الاجرامي :

تسلم **النظريات البيولوجية والتكوينية** بالمبدأ القائل بأن بناء الجسم تحدده وظائفه اي ان الفروق التكوينية أوالولادية او الوراثية بين الافراد تنعكس في فروق سيكولوجية وسلوكية بينهم. وان الظواهر النفسية بما فيها السلوك الاجرامي ما هي الا اثار للنشاط البيولوجي للفرد (نعيم، 1989). وتسلم هذه النظريات بأن الفرد يولد ولديه استعداد معين للسلوك الاجرامي على الرغم من انها قد تختلف من حيث هذا الاستعداد او مدى تأثيره بعوامل اخرى. ويؤمن معظم روادها بأن السلوك الاجرامي يمكن ان يورث.

وتظهر اثار هذا التكوين الاجرامي او الاستعداد السابق للاجرام في سن مبكرة. (بهنام، 1998). وتعترف النظرية الانثروبولوجية بوجود نمط جسمي يتسم به المجرم بالولادة. يمكن معرفته بالاستدلال عليه من خلال الوصفات البيولوجية التي تعتبر علامات مميزة للاجرام. وترجع هذه الوصفات الى عوامل وراثية بينها الطبيب الايطالي سيزار لومبروزو في القرنين التاسع عشر والقرن العشرين.

أما **نظرية الانماط الجسمية** فتسلم بأن الخصائص الجسمية لدى الافراد تعكس نقصا تكوينيا معينا يقابله نقص او امتياز عقلي او مزاجي او سلوكي. وتعود هذه النظرية الى ابوقراط الذي ميز بين نمطين من البناء الجسمي هما: النمط المعرض للاصابة بالسل. والنمط المعرض للاصابة بالسكتة. واستمر هذا الاتجاه في تقسيم الناس على ايدي علماء الفراسة فترة طويلة من الزمن ومن ابرز علماء هذا الاتجاه كرابلين وشلدون وكريتشمر. بينما يرى اصحاب **نظرية الغدد الصماء والتخلف العقلي والتكويني** ان السلوك الاجرامي يرجع اساسا الى خلل في الغدد الصماء.

وقد اختلف الباحثون في مواقفهم ازاء **مشكلة الوراثة والبيئة** وأثر كل منها على الجريمة كما اختلفوا ايضا في الطرق التي استخدموها في دراساتهم فقارنوا بين المجرمين والبدائيين، وبحثوا في دور الاسرة عن طريق تتبع الاجرام في شجرة العائلة، والكشف عن نتائج الجريمة من خلال التسلسل الاسري طبقا للمعدلات التي وضعها مندل للوراثة. ودرسوا الارتباطات الاحصائية بين جرائم الآباء وجناح الاحداث. وقارنوا بين التوائم المتماثلة والتوائم غير المتماثلة (عارف، 1981) (عبد الستار، 1992).

واوضحت الدراسات بان للوراثة دور كبير في السلوك الاجرامي بصفة عامة. وان الضعف العقلي الموروث مسؤول اساسا عن السلوك الاجرامي. فالنموذج الاجرامي Criminal type الذي وضعته نظرية الوراثة لا يعد في الواقع الا نموذجا للضعف العقلي الذي يؤدي الى الاجرام (نعيم، 1989)(عريم، 1995). ويعتقد عدد من الاطباء ان كل التصرفات الاجرامية يقوم بها اشخاص مضطربون عقليا. اذا لم يكونوا معتلي العقل. ذلك ان المضطربين عقليا والمستويات الدنيا من الشواذ الذين فقدوا الشعور بالمسؤولية وما تفرضه عليهم الحياة الاجتماعية هم مجرمون معرضون اكثر من غيرهم لارتكاب الجرائم. وان السلوك الاجرامي للشواذ يتميز بصفتين اساسيتين هما السذاجة والخطورة (انستازي واخرون، 1992)(حسني، 2004).

وتشير **النظريات الاجتماعية** في تفسير السلوك الاجرامي الى ان الجريمة ظاهرة اجتماعية بصفة عامة تؤكد على العوامل الخارجية بالفرد كالطبقة الاجتماعية والنظام السياسي والجغرافي والتكوينات البيئية التي تكون سابقة لأي فعل اجرامي معين.وما التغيرات الحالية في انماط الجريمة الا انعكاس للتحولات التي تحدث في بنية المجتمع والتغييرات المتعلقة بالسكان والاقتصاد، والفرص الاجتماعية ونظم العدالة

الجنائية (Paul & Patricia, 2004). وقد قدم سيزرلاند نظريته في التفكك الاجتماعي Social disorganization معتبرا ان الافراد يكتسبون الانماط السلوكية الاجرامية مثلما يكتسبون الانماط السلوكية المتناسبة مع القانون. مؤكدا على ان الشخص الواحد قد يعبر عن اتجاهات مختلفة من حيث التحبيد او المعارضة للسلوك الاجرامي باختلاف الاوقات والمواقف. وسمى هذه العملية بالمخالطة الفارقة Differential association نظرا لأن ما يكتسب في عملية المخالطة بالانماط السلوكية الاجرامية يختلف عما يكتسب في عملية المخالطة بالانماط السلوكية المضادة للاجرام. وان الافراد يصبحون مجرمين بسبب تعرضهم للانماط السلوكية الاجرامية وبسبب عزلتهم عن الانماط السلوكية المضادة للسلوك الاجرامي.

وبحسب **نظرية الصراع الثقافي والاجتماعي** يعتبر مفهوم الصراع الثقافي صراعا بين عناصر ثقافتين. في القيم والعادات والتقاليد. اما الصراع الاجتماعي فهو صراع بين جماعتين او اكثر قد تتفاوت قيمها او لا تتفاوت. الا ان هذه الجماعات تتصادم قواها الاجتماعية من اجل البقاء وتحقيق مصالحها الخاصة. ويأخذ الصراع الثقافي صورا عديدة منها: الصراع بين قيم الطبقات الاجتماعية على مستوى المجتمع العام. والصراع بين قيم بعض الجماعات كجماعة المهاجرين والاقليات وبين المجتمع العام. والصراع بين قيم الاجيال المتعاقبة.

وتنظر **النظرية الايكولوجية** الى السلوك الاجتماعي على انه ظاهرة ناشئة عن التغير الاجتماعي وحاولت ان تفسر كيف يكشف الافراد – على المستوى الجماعي – عن الضغوط التي تحدث نتيجة لهذا الانفصال الذي يؤثر في الجماعة المحلية . وذلك بمقتضى استجاباتهم للبيئة المباشرة والتي يعيشون فيها. حيث تتفاوت معدلات الجريمة والجناح بشكل ملحوظ في مختلف اجزاء المدن. وتزداد معدلات الجريمة والجناح في مناطق أطلق عليها مناطق الجناح حيث تتميز خصائص مادية واجتماعية وثقافية. كما يرتبط ارتفاع معدلات الجريمة والجناح بارتفاع معدلات الفقر وسوء الاحوال السكنية....الخ. واشارت النظرية الايكولوجية الى ان المناطق التي يرتفع فيها معدل الجناح والجريمة تظل محتفظة بطابعها رغم ما يطرأ عليها من تغير كلي في التكوين القومي والسلالي لسكان هذه المنطقة.

ويجمع انصار **النظريات النفسية** على انه ليس هناك من دليل على ان المجرم دون سائر الناس ذو تكوين شاذ من الناحية العضوية او النفسية. وانه اذا كانت طائفة من المجرمين المرضى بمرض وراثي عقلي او عصبي فان هذه الطائفة ليست هي المقصودة بالبحث عن عوامل الاجرام. لان الظاهرة الاجرامية لديها ليست الا تعبيرا عن امراضها. وهذا ليس هو المجال الحقيقي للاجرام. وانما المقصود هو البحث عن تكوين الظاهرة الاجرامية العادية ويقصد بذلك تلك الظاهرة الناجمة عن اشخاص ليسوا شواذا بتركيبهم العضوي او النفسي ورغم ذلك يسلكون مسلكا يتسم باللااجتماعية (ثروت، 1979).

والجريمة في علم النفس تعبير عن طاقة لم تجد لها مخرجا اجتماعيا فأدت الى سلوك لا يتفق والاوضاع التي يسمح بها المجتمع (خليفة، 1982). وتنظر مدرسة التحليل النفسي للظاهرة النفسية تلك من وجهات نظر دينامية واقتصادية وتركيبية وان السلوك هو محصلة قوى متدافعة ومتعارضة لدوافع وعمليات يتم اغلبها خارج نطاق الشعور. ويرى المحللون النفسيون ان السلوك الاجرامي يشمل في الواقع عددا من حالات الاضطرابات المختلفة التي لا توجد بين بعضها البعض من اوجه شبه سوى انها جميعا تفصح عن نفسها في صورة سلوكية مخالفة للقانون. وقد ارتكزت بحوث علم النفس الاجرامي جميعها على تقسيم فرويد للشخصية الانسانية متضمنا ثلاثة أجهزة يمثل **الهو** كل ما هو موروث وكل ما يظهر عند الميلاد ويتألف قبل كل شيء من الميول الغريزية التي تصدر عن التنظيم الجسمي. وبتأثير العالم الخارجي الواقعي المحيط بنا يطرأ على جزء من الهو تغيير خاص يتوسط الهو والعالم الخارجي. ويسيطر **الانا** على الحركات الارادية نتيجة للعلاقة السابقة التكوين بين الادراك الجسمي والفعل العضلي كما يقوم بمهمة حفظ الذات بأن يتعلم معالجة المثيرات المفرطة في القوة (بالهرب). ويستقبل المثيرات المعتدلة (بالتكيف) وهو يتعلم أخيرا تعديل العالم الخارجي تعديلا يعود عليه بالنفع (النشاط). وينشأ **الانا الاعلى** اشتقاقا من الانا اي تعديل للانا يتم عن طريقه مباطنة اساليب الكبت والصورة المثالية للوالد من نفس الجنس ابان التطابقات التي تحدث عند تصفية الصراع الاوديبي بما يتمخض عنه نشأة الضمير الخلقي. اما المثل العليا فصورة معدلة للوهم الطفلي في تملك القدرة المطلقة. وتضطلع الانا الاعلى بوظيفة هامة اذ ان تحالفها مع الانا هو الذي يضمن الدفاع ضد الغرائز ولكن يتبدى نشاط الانا الاعلى بشكل بارز في حالة ما تكون في صراع مع الانا فتعمل على انماء مشاعر الاثم والاشمئزاز بحيث تجعل الحياة في بعض الحالات جحيما لا يطاق. فعدم اكتمال الانا الاعلى على نحو صحيح يجعلها تتسم بالفجاجة والسادية في مقاومتها للانا (مخيمر، 1983) وبذلك تتخذ الانا الاعلى مركزا وسطا بين الهو والعالم الخارجي فهي تجمع بين تأثيرات الماضي والحاضر. وان هذه الاجهزة الثلاث لدى الانسان السليم عقليا ينبغي ان تشكل وحدة تركيبية متجانسة وتعمل بتعاون لتمكن الفرد من التفاعل الملائم والكفء مع المحيط بهدف اشباع الحاجات الاساسية له.

لقد اهتمت نظرية التحليل النفسي بفكرة الصراع الدينامي بين المنظمات او الاجهزة النفسية لدى الفرد فضلا عن ادخال فكرة الفرضية في تفسير السلوك. ازاء ذلك. فقد تم التعبير عن السلوك الاجرامي اما انه تعبير مباشر عن دوافع غريزية، او تعبير رمزي لرغبات مكبوتة، او نتيجة للانا التي اصبحت غير متكيفة بسبب تنازع القوى بين الهو والانا الاعلى. وان المجرم يتميز بوجود دافع تدميري قوي، وانانية لا حد لها. (عارف، 1981)

ميز التحليليون في تفسيرهم للجريمة نوعين من المجرمين:

- **المجرم العصابي Neurotic**: الذي يتميز بوجود صراع لديه في اللاشعور يؤدي

الى شعور بالاثم والقلق فيؤدي بدوره الى التخفف من مشاعر الذنب. ثم يرتكب جريمته ويقبض عليه من اجل ان يكفر من اساءة فيشعر بالراحة

- **المجرم النرجسي** Narcissist: الذي تنشأ لديه (أنا اعلى) جانح ومن ثم يكون الاستعداد للافعال الجانحة يعتمد اساسا على تشبث بالموقف الطفلي لمركزية الانا (أي تقدير الاشياء من وجهة نظر ذاتية بحتة) ويرتبط هذا التشبث بشذوذ في التقمص. وبالتالي في التطبيع الاجتماعي

وطبقا لنظرية لاجاش السيكودينامية فان القوة المولدة للجريمة تتوقف على شخصية الفرد. وغالبا ما يكون وجود الفرد في الموقف نتاجا لشخصيته طالما ان الموقف تشبه الاشخاص. وان مشكلة تكوين شخصية المجرم ترجع الى تنوع شخصيات المجرمين باستثناء الذهانيين والعصابيين والسيكوباتيين وضعاف العقول الذين يشكلون 20 % وان انقسمت بشكل عام الى قسمين رئيسيين هما المحددات الجبلية والتعلم. فالمحددات الجبلية خطوط عامة لا تعدو خصائص اجرامية الا نتيجة للتعلم. وان تبني شخصا اجراميا معينا يحتاج الى استعدادات جبلية كالذكاء الاختلاس او المهارة اليدوية للنشل. والقوة البدنية لقطع الطريق... الخ. وتوأمان متحدان احدهما جانح والآخر غير جانح يقطع بعدم التفسير الجبلي. واشار كورمير ورفاقه الى ان قتل الاخر لا يخص صنفا معينا من المجرمين . فالمجرمون لا يشكلون صنفا متجانسا لعظم تباينهم فضلا عن العلاقة مع الضحية من الاهمية بمكان الى الحد الذي اصبح فيه علم الضحية Victim logy يمثل اسلوبا جديدا ومنهجا في تناول القتلة. وغالبا ما يتم القتل في حالة وجود علاقة خاصة كالزوجة او الصديق او الابن بخلاف حالات القتل التي يرتكبها القتلة المأجورون والارهابيون والسياسيون (Comer, 2004). والقاتل الذي لم تكن لديه علاقة خاصة بينه وبين الضحية فانه غالبا ما ينتمي الى ما يسميهم فرويد (قتلة العقوبة بالذات). وعندما يكون القتل متبوعا بالانتحار مباشرة. عندئذ يمكن ان نفترض بأنه في الغالبية العظمى من الحالات يكون القتل – الانتحار قد حدث فقط مع العلاقة الخاصة ولكن حيث كان يوجد تعلق قوي وشديد التدميرية. ففي دراسة لداربات Darpat اجريت على حالة قتل متبوع بانتحار، ان القاتل يقتل موضوعا يخشى ان يفقده. ويكون الانتحار الذي يلي ذلك مخرجه. (Darpat, 2007).

واهتم بعض المشتغلين بالتحليل العاملي بسمات الشخصية السوية في حالات العصاب والذهان والجناح. فاهتم جيلفورد بقياس ابعاد شخصية الجانح دون عناية كبيرة بالعوامل الاجتماعية. ووصف كاتل كثيرا من سمات الجناح ومنها عدم الاستقرار الانفعالي والقدرة على الكبت والقلق الانقباضي واثر الظروف الاجتماعية وعلاقة الطفل بالمجتمع وكيف يتجه الجانح الى صراعه مع المجتمع الخارجي. واعطى ايزنك اهمية خاصة للتفرقة بين الشخصية الانطوائية والانبساطية نحو سلوك الجريمة. واكد على ان

المجرمين يميلون الى الانبساط. ولذا فمن المتوقع ان يكون المجرمون ذوي بنيان جسمي مكتنز مقارنة بالاسوياء. واعتبر ايزنك ان معظم السلوك الاجتماعي نتاج للخبرات التعليمية التي استقرت والصفات الوراثية للشخصية التي تلعب دورا هاما في الميل او الاستعداد الفردي للجريمة.

وينظر اقطاب نظرية المجال في وصف وتفسير السلوك الاجرامي الى الفرد الجانح بان دوافعه وجوانب ادراكه مرتبطة ارتباطا تكامليا. وان السلوك الاجرامي ينتج من عناصر محددة هي : الدوافع السائدة في لحظة ما والقيود التي يفرضها موقف ما على التعبير عن هذه الدوافع.

وترى المدرسة السلوكية ان العنف وغريزة العدوان تمثل رغبة فطرية في الانسان. سواء من خلال غريزة الموت التي تتضمن نزعات الهدم وتدمير الذات والكره سواء للذات او للاخر. وان العدوان يكتسب من خلال البيئة التي يقيم فيها الفرد من خلال جماعته. وان العدوان شكل من اشكال السلوك او نموذج الاستجابة. ويرى الباحثون انه يجب ان يوضع في الاعتبار العوامل التي تشكل الاستعداد الداخلي الذاتي كرد الفعل العنيف (عوامل محرضة) والعوامل المعارضة او المانعة لتخفيف ذلك الاستعداد الداخلي والعوامل البيئية الخارجية التي تساعد على السلوك العدواني (عوامل مثيرة) والعوامل التي تمنع التعبير عن السلوك العدواني (يزيد، 1978).

8: 3 الانتحار Suicide:

صاحب الانتحارالوجود البشري منذ البدايات الأولى للتاريخ حتى يومنا هذا، وفي معظم المجتمعات الانسانية ايا كان ترتيبها الزمني وموقعها الجغرافي يوجد بعض افرادها يقدمون على الانتحار. وتشير الاحصاءات الجنائية الى تزايد حالات الانتحار في معظم مجتمعات العالم يوما بعد آخر وبنسب متفاوتة بين مجتمع وآخر .

واشتقت كلمة الانتحار من الكلمة اللاتينية Caedere بمعنى يقتل والاسم Sui بمعنى النفس او الذات. ونقلت بكاملها الى الالمانية Selb-mortem لتشير الى من يقتل نفسه. ويذكر المنظرون ان كلمة suicide كما هي معروفة الان دخلت اللغة الفرنسية على يد الاب دي فونتين لأول مرة في النصف الاول من القرن الثامن عشر. وفي اللغة العربية، فان كلمة الانتحار مشتقة من كلمة "نحر" اي ذبح وقتل. وانتحر الشخص اي ذبح نفسه او قتلها. وتحدث مننجر عن الانتحار باعتباره فعل قتل الانسان نفسه بالطريقة التي يختارها سواء كان الموت الناتج عاجلا او آجلا . وفي هذا التعريف يخلط بين الانتحار وبين انواع أخرى من السلوك كالزهد والتنسك والتصوف والرهينة عموما فضلا عن التضحية والاستشهاد. كما يشمل صورا من ادمان الخمر والامراض النفسية والعقلية. ازاء ذلك، يمكن تعريف السلوك الانتحاري بأنه: **سلسلة الافعال التي**

يقوم بها الفرد محاولا تدمير حياته بنفسه دونما تحريض من آخر أو تضحية لقيمة اجتماعية ما.

ويفسر البعض حالات الانتحار على انها استغاثة ممن يفقدون الحيل للتغلب على مشكلاتهم وكطريق وحيد للهروب من واقعهم. وهي صفة بارزة في اضطرابات الشخصية. وقد تناول الباحثون في دراساتهم اتجاهين يتناول كل منهما المشكلة من زاوية تكاد تكون متغايرة تماما.

أولا: الاتجاه الفردي:

يشتمل الاتجاه الفردي على الدراسات التي اعتمدت على دراسة الحالة الفردية وتمثلها بحوث ودراسات الطب العقلي والتحليل النفسي والدراسات الاكلينيكية الاخرى. والتركيز على وصف دوافع سلوك الفرد وديناميات شخصيته. دون الالتفات كثيرا الى اثر البيئة والعلاقات الاجتماعية او الاكتفاء بالاشارة اليها اشارة ثانوية. وقد اقتصر هذا الاتجاه على تشخيص الحالات الانتحارية من نزلاء مصحات الامراض العقلية (الطب العقلي) ورواد عيادات التحليل النفسي. وكل من هذه الدراسات تقوم على دراسة تاريخ الحالة.واستخلاص التفسير في ضوء دلالات خبرات الشخصية في اطار نظريات التحليل النفسي او الطب النفسي. ودراسات اكلينيكية أخرى. وهي ما زالت حتى الان تعتمد على جمهور مماثل لجمهور الدراسات التشخيصية. ولكنها تتسم بموضوعية أدق وتعرض ما توفر من استجابات الحالات على اختبارات موضوعية مقننة. تستند في تأويل الاستجابات الموضوعية الى مفاهيم النظريات التي يقوم عليها تصميم هذا الاختبار او ذاك (Marx, 1998).

ثانيا: الاتجاه الاجتماعي:

يشتمل الاتجاه الاجتماعي على الدراسات الاجتماعية التي تناولت المشكلة من الزاوية المقابلة. اي في مظهرها الاجتماعي وشكلها الوبائي في المجتمع. من حيث مدى انتشارها في المجتمع والظروف المصاحبة لها أو المرتبطة بها. حيث بينت الدراسات على ان للاضطرابات العائلية وعدم مقدرة المراهق التكيف ضمن العائلة اثر كبير في تفكيره ومغامرته بالانتحار (Rathus, 2002).

وقد بينت دراسات بارتر Parter لحالات عديدة من المراهقين الذين حاولوا الانتحار خطورة تجاهل المحاولة الاولى التي يقوم بها المراهق مشددا على ضرورة اعطاء المراهق الذي سبق وان حاول الانتحار اهتماما بالغا. وان تكرار المحاولة للانتحار يرتبط بالظروف المادية والاجتماعية المحيطة به. وبين بارتر في دراساته ان الذين فقدو احد والديهم يكون لديهم الاستعداد للانتحار اكثر من غيرهم. كما ان الافراد الذين لا يبدون نشاطا اجتماعيا كافيا يكون استعدادهم للانتحار اكثر من غيرهم (Nairne, 2003).

8: 3: 1 حالات الانتحار:

أوردت منظمة الصحة العالمية في تصنيفها التاسع للاضطرابات العقلية حالات الانتحار على النحو التالي:

1. الانتحار وتسميم الذات بمواد صلبة او سائلة: وتشمل المسكنات ومضادات الحمى الروماتزم، البربيتودات، المنومات، المهدئات، والعقاقير المؤثرة على العقل، والعقاقير والأدوية المحددة وغير المحددة، والمستحضرات الكيميائية او الصيدلانية المستخدمة لأغراض الزراعة والبستنة، والمواد الاكالة والكاوية، الزرنيخ ومركباته.
2. الانتحار وتسميم الذات بالغازات المستخدمة في المنازل
3. الانتحار وتسميم الذات بغازات وابخرة أخرى
4. الانتحار واصابة الذات بالشنق والخنق والاختناق
5. الانتحار واصابة الذات بالغمر (الغرق)
6. الانتحار واصابة الذات بآلات قاطعة او ثاقبة
7. الانتحار واصابة الذات بالقفز من اماكن عالية
8. الانتحار بوسائل أخرى غير محددة.

8: 3: 2 المحاولات الانتحارية:

بعض المراهقين ينجحون في محاولاتهم الانتحار والبعض الآخر يفشل في محاولته الانتحار وتشير الدراسات في هذا المجال ان من يحاول الانتحار مرة سوف يحاول الانتحار مرة ثانية وفي فترة قصيرة (عبد المعطي، 2003). وقد تم رصد ثلاثة انواع من محاولات الانتحار هي:

- **النوع المعتدل:** حيث يميل اصحابه الى استخدام جرعات زائدة من العقاقير
- **النوع المتشدد:** ويميل اصحابه الى استخدام طرق عنيفة من الانتحار بالاضافة الى تناول العقاقير الزائدة
- **النوع ذي التاريخ في المحاولات المتكررة للانتحار مع عدوانية زائدة**

8: 3: 3 العوامل المسببة للانتحار:

اشارت الدراسات المتعلقة بالانتحار الى وجود اكثر من سبب يؤدي بالمراهق الى محاولة الانتحار (Brannon & feist, 2004):

فالصعوبات الناجمة عن الاضطرابات العائلية تؤدي بدورها الى حدوث مشاكل وخلافات بين افراد العائلة ومشاجرات بين الوالدين او احدهما. وان فقد الثقافة التربوية لدى الوالدين وتحكم احد الاخوة باخوته الاصغر سنا وتشجيع بروز صفات الغيرة والحقد لدى البعض منهم. واحساس المراهق بالفقر وعدم توفر المال لديه ولدى والديه واسرته وشعوره بالاكتئاب والحزن والتفكير والعزلة والانزواء واصابته بالخجل والوساوس والمخاوف والانفعالات المضطربة. وكذلك شعوره بأنه مهدد بالفشل في الدراسة. أثر كبير على نفسه وازدياد التفكير بالانتحار للخلاص من سوء حالته.

ولأن مجتمعنا لا يعامل افراده بالتساوي بين الجنسين ويحمل الفتاة مسؤولية اكبرمن اخطائها وزلاتها المتعلقة بالجنس. لذلك فان الاضطراب العاطفي الناتج عن الانزلاق في المشاكل الجنسية تظهر اثاره بصورة اوضح وأخطر لدى الفتيات المراهقات منه لدى المراهقين. كما ان ضعف الوازع الديني لدى المراهق فانهم كثيرا ما يثورون ويغضبون عند مصادفتهم للمتاعب او المشاكل الصعبة او الضعف المادي او المشاكل العاطفية العائلية.

وقد اشارات الدراسات (Carson, et al, 2003) الى انه من بين ثمانية عشر حالة من محاولات الانتحار ثمانية حالات كان يعاني اصحابها من اضطرابات نفسية. وان الانتحار كان عبارة عن ردود فعل تجاه هذا الاضطراب. واكدت دراسة أوتو (Aotot) التي اجريت على 1727 طفلا ومراهقا في السويد ان هناك اضطرابات في السلوك كان يعاني منها افراد العينة قبل محاولاتهم الانتحار. وبينت الدراسات كذلك ان الاصابة بالفصام المبكر عند المراهقين قد يكون احد الاسباب في محاولة الانتحار. وبين القوصي (1980) الى وجود بعض الصعوبات النفسية لدى بعض الاطفال تؤدي بهم للمغامرات في البحث عن الخبرة . بالتخريب كدافع لاشعوري يؤدي بهم الى اللذة والارتياح. ووجد جولد Gould في دراسته على الاطفال والمراهقين المصابين بالاكتئاب ان محاولات الانتحار لديهم تكون دائما بدرجات اكبر من اقرانهم العاديين.

ولا شك في تأثير الخمر والمخدرات على الفرد وعلى المجتمع. فالمدمنون على الخمر يكونون مشغولين عن تربية ابنائهم وتوجيههم الوجهة السليمة وان شغلهم الشاغل هو زجاجة الخمر التي يبحثون فيها عن الراحة المزعومة والشجاعة المفقودة والتخلص من الخيبة والتوتر والقلق او بالحبوب والحقن التي يفتشون بها عن سعادة خيالية كاذبة. مما يؤثر كل ذلك على نفسية الابناء ويجعلهم في صراع نفسي يسبب لهم الكره والحب في نفس الوقت الموجه نحو ابائهم المخمورين.

ويرى عدد من الباحثين ان هناك اربعة اعراض للانتحار هي الاكتئاب وفقدان القدرة على التوجيه والرعونة والتبرم. ويساعد على الانتحار او الشروع فيه حالات الفصام، واضطرابات الشخصية، والحالة المزاجية السيئة، ونزعات تدمير الذات،

والغضب الجامح، والشك، والاتكالية، والاندفاعية، والبصيرة القاصرة، والتورط في المسائل الجنسية المثلية.

واشارت الدراسات (Bakal, 1999) الى عدد من العوامل التي توفر لبعض الافراد محاولات الانتحار. فالافراد الذين يعملون في المخدرات وفي صناعة وتحضير المواد السامة اقدر على الحصول على مواد الانتحار السامة من غيرهم. فاذا ما توافرت لديهم الاسباب الاخرى الدافعة للانتحار تكون الاداة اللازمة للانتحار متوفرة لديهم. وبينت الاحصائيات سهولة حدوث الانتحار لدى العسكريين الراغبين به اثر بعض الصدمات النفسية وتوفر بعض الاسلحة التي تساعدهم على ذلك. وان الانتحار لدى الراشدين والمراهقين اكثر منه لدى النساء والفتيات المراهقات. واكثر حدوثا بين البيض من الملونين. وان محاولات الانتحار الفاشلة والتي تعالج وتشفى ولا يحدث فيها الموت هي اكثر وجودا لدى المراهقين وصغار السن. وان الاوساط المتدينة يقل فيها الانتحار. وان البلدان المتمدنة والمتقدمة اقتصاديا تكثر فيها حوادث الانتحار نسبة لغيرها. وان المراهقين الذين يحاولون الانتحار تتكرر لديهم المحاولات مستقبلا. وتزداد لديهم الاضطرابات النفسية والاجتماعية وان نسبة الانحراف والجرائم تكثر لدى محاولي الانتحار.

8: 3: 4 النظريات المفسرة لحدوث الانتحار:

تحدثت **النظرية السيكودينامية** عن الانتحار باعتباره انتهاكا صارخا لغريزة الحياة القوية. ويرى فرويد بأن الناس لا يمتلكون القدرة النفسية لانتهاك غريزة الحياة بالانتحار. الا اذا قتلوا موضوع حب توحدوا معه عند عمل ذلك. وبمعنى آخر فان الاشخاص الانتحاريين لا يميلون الى تدمير انفسهم بقدر ميلهم الى تدمير شخص آخر "هام" استدمجوا صورته داخل انفسهم. وينظر اصحاب النظرية السيكودينامية الى فقدان الموضوع – الماضي وكذلك الحاضر – على انه العامل الهام في الانتحار. كما هو في الاكتئاب. ذلك ان الرفض او النبذ من جانب الاخرين الهامين في باكورة الحياة قد يجعل الاشخاص ينمون دفاعات ضد الالم الذي يتوقعونه بصورة لاشعورية في مرحلة الرشد. فاذا تهاوت هذه الدفاعات وخلط هذا الشخص بين الم الفقدان القديم الغامر والنبذ او الانفصال الحالي فانه قد يقدم على الانتحار(Nevid, et al, 2003).

ووضعت **النظرية الانسانية الوجودية** تأكيدا كبيرا على مواجهة الفرد مع الموت. فالموت كما يراه رولو ماي Rollo May هو الحقيقة التي تعطي للحياة قيمة مطلقة. وبمعنى آخر فان معرفتنا بحتمية الموت تسمح لنا بأخذ الحياة بجدية واستخدامها لتحقيق اعظم امكانياتنا. والانتحار يعد عملا خاسرا ومنهزما لأنه يستبعد احتمال تحقيق الشخص لامكانياته. وبرأي بوس Boss فان كل حالات الانتحار يسبقها انتحار جزئي وجودي ينصرف فيه الشخص عن الاخرين. ويلغي مسؤولياته ويتوقف عن مواصلة السعي وراء القيم الاصيلة. وبالتالي فان الانتحار الفعلي هو مجرد نهاية لسلسلة اختيارات غير صادقة.

وترى النظرية السلوكية ان تدمير النفس نتيجة لادراك المرء ان موقف حياته الحالي ليس له مصدر كاف للتعزيز. فالاكتئاب ينشأ من الفقدان الحقيقي او المتوقع او المتوهم للمعززات القيمة مثل الوظيفة والصحة والاصدقاء والاسرة. .الخ. وفي نفس الوقت الذي لا يتوقع فيه الاشخاص الانتحاريون أية تعزيزات أخرى من حياتهم قد يجدون التفكير في الموت معززا موجبا. اذ سيجعل الاشخاص الذين سيتركونهم يشعرون بالحزن والاسى عليهم. وسيعاقب الاشخاص الذين آذوهم. وبالتالي فالانتحاريون قد ينظرون الى الموت على انه يجلب لهم عددا من الاشياء التي يحتاجونها مثل الاهتمام والشفقة والثأر.

وترى **النظرية المعرفية** بما فيها النظريتان الرئيسيتان للاكتئاب. " نظرية اليأس ونظرية التشوه المعرفي ان اليأس هو السبب الرئيسي والمباشر للانتحار. وان هناك أدلة قوية في صالحها. ومن كل المتنبئات النفسية بمحاولات الانتحار وعمليات الانتحار الكاملة. وان اليأس افضل متنبىء من الاكتئاب. وتكون لدى الانتحاريين مشاكل في طريقة تفسيرهم للاحداث.

وكان عالم الاجتماع الفرنسي اميل دوركهايم Emile Durkheim احد اوائل الباحثين الذين درسوا الانتحار دراسة علمية وأحد اقطاب النظرية الاجتماعية – الثقافية The sociocultural theory . فقد نظر الى الانتحار ليس كفعل يقوم به شخص منعزل ولكن كفعل يقوم به شخص داخل مجتمع. وان قرار شخص بالانتحار او عدم الانتحار يتحدد الى حد كبير بتوافق الشخص مع المجتمع. ومع شبكة القيم والمعايير التي يحيط بها المجتمع الفرد. وقد وصف دوركهايم ثلاثة انواع من الانتحار هي (Nevid, et al, 2003):

- **الانتحار الشاذ Anomic suicide**: ويحدث عندما يضطرب توازن المجتمع
- **الانتحار الاناني Egoisitis suicide**: وينشأ من نقص التكامل مع المجتمع. فالمنتحرون الانانيون أناس منعزلون ليست لديهم أية شبكة اجتماعية مساندة لتراهم من خلال فترات الضغط.
- **الانتحار الغيري Altruistic suicide**: يحدث لأن الافراد يكونون منغمسين تماما في النظام القيمي لمجتمعهم.

وبحسب نظرية العلوم العصبية The neuroscience perspective فان الانتحار يبدو انه ينتقل ويتوارث في الاسر ويتساءل الباحثون ازاء ذلك ان كان الميل الى الانتحار متوارث؟ وان كان الامر كذلك فان ما يتم توارثه هو ربما قابلية الاصابة بالاكتئاب. وتشير الدراسات التي أجريت في هذا الجانب ان الاقارب البيولوجيين للابناء

المتبنيين الذين لديهم اضطرابات مزاج من المحتمل ان ينتحروا اكثر من الاقارب البيولوجيين للابناء المتبنيين الضوابط بمقدار 15 مرة. وبالتالي فان الارتباط بين الاكتئاب والانتحار قد يكون له اساس بيولوجي. كما لوحظ من خلال التجارب المخبرية ان نوعا ما من عدم التوازن البيوكيميائي – التدفق المنخفض للسيروتونين من جذع المخ او النخاع المستطيل الى قشرة المخ الجبهية قد يقترن بصفة خاصة بالانتحار. مستقلا عن الاكتئاب مع السلوك العدواني المندفع ايضا(Nevid, et al, 2003).

8: 4 الإحساس بالألم

8: 4: 1 الطبيعة الغامضة للألم:

الالم هو الاحساس الذي نشعر به عندما تصبح بعض جوانب البيئة خطرة على بعض أجزاء الجسم. ويكفي مثلا وخزة دبوس لكي تثير الاحساس بالألم. وكلما اصبح الحدث اكثر تطرفا كلما تزايد الاحساس بالالم. ويصعب على الفرد التكيف مع الاحساس بالالم. بحيث يصعب على الانسان ان يعتاد على الالم طالما ان الالم يعتبر بمثابة انذار بوجود شيء ما خطر يهدد الكائن الحي. وان على الكائن العمل على ازالة مصدر الخطر هذا. (Carson, et al.; 2003)

ولا تخلو أي دراسة تتعلق بالألم أو تكرار الشكاوى الجسدية أو سلوك الألم عند الأطفال والمتغيرات المرتبطة بنشوء الأعراض أو تطورها من ذكر نسب انتشار هذه الأعراض. فقد تحدث بترسون ورفاقه (Petersen, et al, 2006) ان اعدادا كبيرة من اطفال المدارس يعانون من أعراض متعددة متكررة. وقد يحدث أكثر من عرض في نفس الوقت، مما يتطلب تدخلات وقائية طارئة وبرامج علاجية للحد من تكرار الأعراض والآلام خاصة وأن مظاهر هذه الأعراض قد تكون مقدمة لحدوث اضطراب الألم.

وأكد ابلي (Apley, 1995) في دراساته عن آلام البطن التي نشرت في كتابه الطفل الذي لديه آلام بطن متكررة The Child with Recurrent Abdominal Pain أن ما بين 10 -15% من أطفال المدارس يعانون من هذه الآلام. ثم توالت بعد ذلك الدراسات التي هدفت إلى تحديد نسب انتشار الآلام بشكل عام وكانت أهمها المراجعة التي قام بها جودمان وماكراث(1997) Goodman & McGrath ودراسة كريستجانزدوتر (Kristjansdottir, 2000) ودراسة بيركوين وزملاؤه (Perquin, et al. 2000) وجميع هذه الدراسات توصلت إلى نتائج مفادها أن 20 – 25% من أطفال المدارس يعانون من آلام متعددة ومتكررة.

وفي وقت لاحق، خرج بيترسون (Petersen, et al. 2006) بنتائج تختلف بعض الشيء عما سبق ذكره، الى أن 48% من الأطفال بعمر 6 -13 عام يعانون من صداع مرة واحدة في الشهر على الأقل و 39% من الأطفال يعانون من آلام

في البطن و 18% يعانون أيضاً من آلام في الظهر مرة كل شهر على أقل تقدير. وعندما تم تقدير نسب انتشار الآلام التي تتكرر مرة كل أسبوع كانت 23% آلام في الرأس و 19% آلام في البطن و 7% آلام في الظهر. ويتضح من الدراستين اللتين قام بهما بترسون ورفاقه أن نسب التكرار أعلى مما كانت عليه سابقاً، ويبدو أن هناك عوامل كثيرة مستجدة تساهم في ازدياد حدوث هذه الآلام.

وتؤكد الدراسات الحديثة أن الكثير من الأطفال قد يعانون من أعراض جسدية متعددة في نفس الوقت مثل الآم في البطن، والغثيان ،وأوجاع في الرأس. وقد تأخذ الأعراض مواقع مختلفة في كل نوبة. وهذا التبدل في المواقع الجسمية للأعراض قد يكون بداية لظهور اضطراب الجسدنة (Somatization Disorder). وينظر الأهل إلى تبدل مواقع الألم وتعدد الأعراض على أنه يزيد من تعقيد الوضع ويسبب المزيد من الفحوصات وتكرار الزيارات للأطباء. مما يشير الى العلاقة الوثيقة بين تكرار الأعراض الجسدية والاضطرابات النفسية وبالتحديد الاكتئاب، وتقدير حجم معاناة هؤلاء الأطفال وأهليهم ((Walker, et al ,2007). وفي حالات كثيرة، يتم إهمال هؤلاء الأطفال، ولكن في حالات أخرى وتحت إلحاح الأهل وخوفهم وإنزعاجهم وقلقهم خاصة عندما تزداد شدة الأعراض، يخضع الأطفال إلى إجراءات طبية غير ضرورية، ويشير الاطباء في هذا الصدد الى أن 33% من عمليات الزائدة الدودية التي أجريت للأطفال الذين يعانون من الآم بطن متكررة لا ضرورة لها (Venepalli, Vantilburg, Whitehead, 2006). ويرى الباحثون (Gurege,2008) بأن الأطفال الذين يعانون من هذه الآلام هم الأكثر عرضة لمشاعر تدني تقدير الذات والكرب.

ويشير الباحثون (Walker, et al, 2006) إلى أن وجود أعراض اكتئابية عند الأطفال الذين يعانون من الآم متكررة ومزمنة ينبئ بدرجة عالية عن استمرار هذه الأعراض لمدة قد تزيد عن خمس سنوات. وتضيف (Walker, et al.,2007). أن استمرار الأعراض عند الأطفال ولسنوات طويلة قد يكون مقروناً بتكرار الشكاوى الجسدية عند الوالدين، وهنا تكمن خطورة تطوير اضطراب الجسدنة Somatization Disorder في مرحلة الرشد. فقد أشار ميكانيك وفولكارت Mechanic & Volkart عام 1961 من خلال دراساتهما المتعلقة بالتأثيرات النفسية والاجتماعية على الصحة والألم، أن الأطفال يطورون من خلال خبراتهم النمائية سلوكاً يسمى السلوك المرضي والذي يرجع " إلى الطريقة التي يدرك من خلالها الأفراد ويقيّمون ويتصرفون عند ملاحظتهم لبعض الألم أو أي إشارات قد تدل أو لا تدل على وجود مرض أو خلل عضوي" (Claar & Walker, 2002) ويمكن قياس هذا السلوك عن طريق رصد تكرار الشكاوى الجسدية والعجز الناتج عنها.

ويفسر السلوك المرضي وسلوك الألم التباين الواضح والاختلاف على مستوى استجابة الأفراد للألم والمرض والإصابات. إذ لم يعد ينظر إلى الألم على أنه نتيجة

للعمليات البيولوجية فقط حتى في حالات المرض العضوي، إنما أصبح يُحدد بواسطة مجموعة العمليات النفسية والاجتماعية والمعرفية التي تشكل السلوك المرضي (Hanson & Gerber 1990).

ويعتقد عدد من الباحثين (Crane & Martin,2002)أن استجابة الأفراد للألم والأعراض الجسدية، عبارة عن محصلة عملية تبدأ في الطفولة المبكرة. وتستمر مع التقدم في العمر. وبالرغم من أن أفراداً من المجتمع بما فيهم الرفاق والمعلمون من شأنهم أن يؤثروا على اتجاهات الأطفال المتعلقة بالصحة والمرض بما فيها الاستجابات للأعراض الجسدية مثل الألم، إلا أن الوالدين هم الوحدة الأولية الرئيسية المساهمة في عملية تنشئة هؤلاء الأطفال.

وحديثاً بدأ الاهتمام ينصب على الكيفية التي يدرك بها الطفل أعراضه الخاصة به، فأصبح النموذج المعرفي للألم وما يتضمنه من أفكار ومعتقدات عن الألم هو القاعدة التي تنطلق منها فرضيات الباحثين، حيث اعتبر الألم خبرة أو حدثاً يتأثر بالعمليات المعرفية (Thorn,2004). وقد وجد الباحثون (Lazurus&Folkman, 1984) أن هناك أدلة واضحة تدعم العلاقة بين اعتقادات الألم واستراتيجيات التعامل والنتائج الصحية المترتبة عليه. فالاعتقادات الإيجابية وإدراكات السيطرة وما يتبعها من استعمال استراتيجيات تعامل نشطة والمرتكزة على حل المشكلات تؤدي وبوضوح إلى تحسن في الأعراض الجسدية والنفسية (Claar,et al., 2002). وهذا ينطبق ليس فقط على الأعراض والشكاوى المتكررة التي ليس لها سبب عضوي إنما أيضاً على الأمراض العضوية، كما تؤثر التقييمات المعرفية والاعتقادات بشكل غير مباشر على مستوى العجز عند هؤلاء المرضى من خلال تجنب النشاطات والكرب الانفعالي.

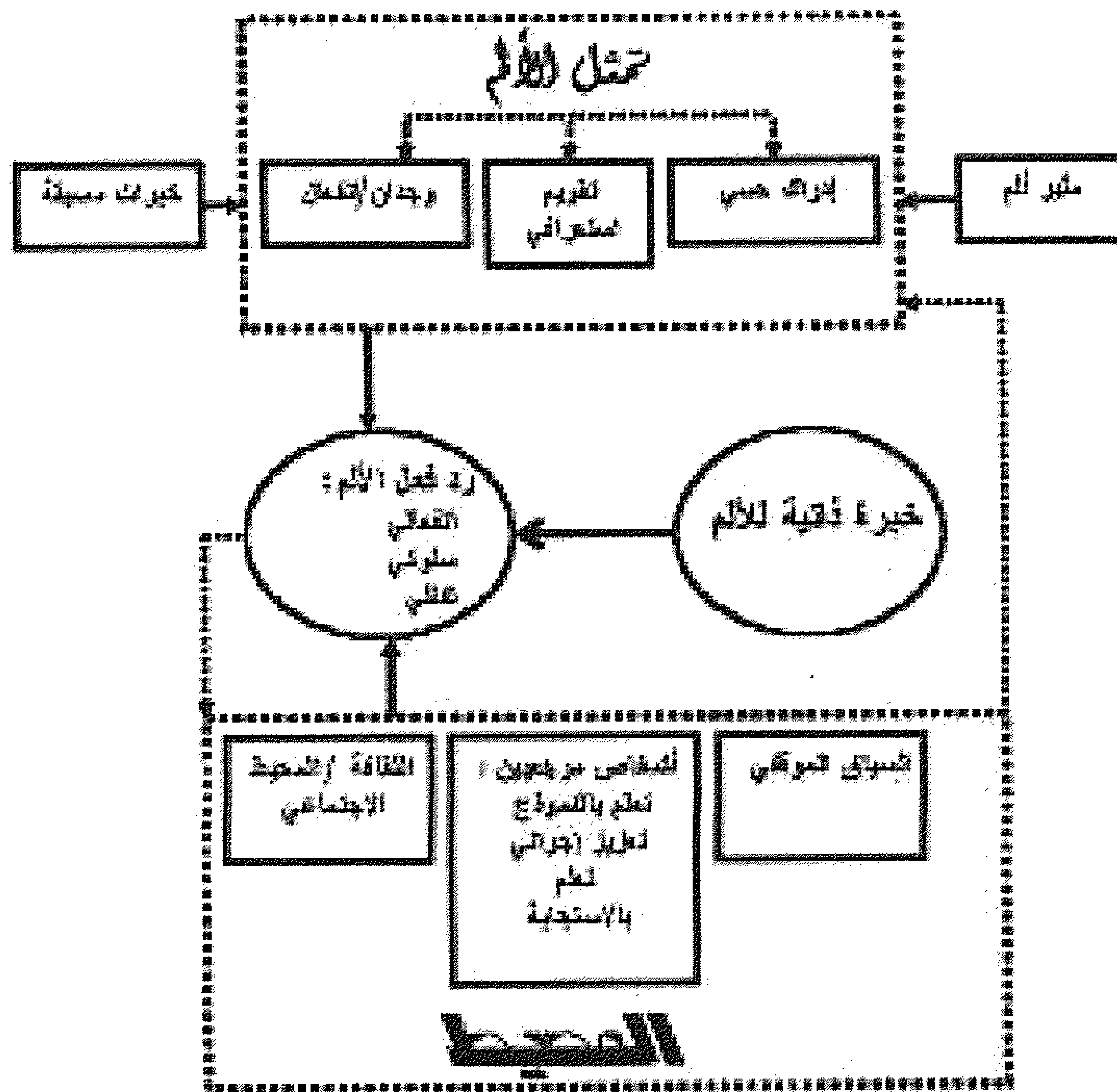
وبالمقابل، فإن الأطفال الذين يدركون أن آلامهم مهددة لهم، وأنه ليس لديهم قدرة على التعامل معها، ويقيّمون أنفسهم بأنهم لايمتلكون الإمكانات اللازمة لمواجهة متطلبات الموقف، وبالتالي، فانهم يستخدمون استراتيجيات تعامل سلبية ويتعرضون لنوبات ألم متكررة شديدة ويعانون من



مستويات عالية من الاكتئاب والعجز على مستوى الوظائف الأكاديمية والجسمية والاجتماعية. وهذا بدوره يؤدي إلى تكرار الأعراض والمحافظة عليها.

واشار المنظرون (Walker, et al.,2007) بأن الأطفال الذين يعانون من آلام متكررة يمكن أن يختلفوا عن الأطفال العاديين الأصحاء بأنماط تقييمهم وأساليب تعاملهم مع الضغوط بشكل عام. وهذه الأنماط في التقييم وأساليب التعامل التي يتلقاها الاطفال من امهاتهم يمكن أن تكون منبئاً جيداً لعملية التكيّف مع نوبة الألم، وبالتالي فان هذه الأنماط وأساليب التعامل يمكن ان تعبر عن النتائج الصحية الكلية سواءً أكانت على مستوى العجز الوظيفي أو تكرار الإصابة بالأعراض.

ويؤكد (Turk, et al., 1987) بأن الافراد يطورون نماذجاً خاصة بهم كي تساعدهم على فهم ألمهم وإدارتها. وأن النموذج الفردي الخاص للألم يتضمن جانبين رئيسين هما: فهم الفرد واستجابته لخبرته الذاتية للألم، وتحديد الطريقة التي يفهمون بها ويستجيبون فيها لآلام الآخرين. وان هذه النماذج التي تتضمن افتراضات الفرد لأسباب ألمه وما عليه أن يفعل إزاءها، قد تعمل على مستوى الوعي، إذ إن هناك أفراداً ينظمون هذه الخبرة بوضوح، بينما يسلك آخرون بطرق آلية (Clark & Teisman,2004).



الخبرة الذاتية للألم و استجابات الألم

وبشكل عام فان تعامل الامهات مع نماذج الألم لدى اطفالهن هامة جداً، في إجراءات التشخيص وطرق العلاج وأسلوب تقييم فعالية العلاج، كما تحدد طريقتهم في الاستجابة لآلامهم والآم الآخرين من حولهم Hanson & Gerber,1990).

8: 4: 2 أهمية الالم:

وتتعلق أهمية الألم المحسوس بالسياق والزمن. فالألم

الحاد يمتلك وظيفة إنذار وحماية بيولوجية: إذ يتم تبليغ الجسد بالإحساس بمثير ضار فيستجيب الجسم لمواجهة مصدر الالم. لاحظ مثلا طفلا صغيرا يمد يده الى نبتة مليئة بالشوك فيشعر بالألم ويسحب يده بطريقة انعكاسية.

غير أن هذه الوظيفة غير موجودة في الألم المزمن أو المتكرر الظهور ذلك أن أسباب الألم ، كالمرض المزمن مثلا غير قابلة للإزالة ويتحول الألم المزمن إلى معاناة تمتلك قيمة مرضية، وحينئذ نتحدث عن مرض الألم.(Papalia & Olds, 2005)

وقد تم تعريف الألم على انه عبارة عن خبرة غير مقبولة من المشاعر والأحاسيس، مرتبطة بتضرر حاد أو كامن في النسيج الحي أو يمكن وصفه من خلال مفاهيم مثل هذا التضرر(Nairne, 2003).

ويشير هذا التعريف إلى أن الألم:

- عبارة عن خبرة إحساس جسدية بدون وجود تضررات قابلة للبرهان في النسيج الحي أيضاً، و يستند هذا إلى متلازمات الألم التي يعاني منها الأطفال والتي لا يمكن إيجاد أسباب جسدية لها،
- ارتباط الألم بصورة وثيقة مع الانفعالات . فالألم لا يدرك كمثير ضار فحسب وإنما غالبا ما يعاش مع انفعالات سلبية .
- لا يفرق بين الألم الحاد والمزمن ويشير إلى خبرة الألم الانفعالية فقط. ولا تؤخذ التأثيرات على السلوك بعين الاعتبار .
- ينبغي الأخذ بعين الاعتبار الى كل من الإدراك الجسدي الحسي، والتفسير المعرفي والتقييم، والخبرة الانفعالية، والسلوك الناجم عن ذلك الالم.

وتحظى نماذج التفسير والمعالجة التي تراعي عوامل مختلفة بالاهتمام المتزايد. وتذهب النماذج الاجتماعية - البيولوجية إلى أن الألم عبارة عن استجابة على مستويات عدة تلعب فيها العوامل النفسية والجسدية التالية دورا مهما:

- **الاستجابة الذاتية - اللفظية للألم:** فما يميز هذا المستوى هو خبرة الألم، إذ يتم إدراك مشاعر الألم وتقييمها وتفسيرها والتعبير عنها على سبيل المثال من خلال مقولات حول الشدة والآلام والأوجاع والبكاء.
- **الاستجابة السلوكية الحركية للألم:** ويتم هنا تقييم الاستجابات مثل الحركات الانعكاسية والعضلية والتوتر والتشنج والإيماءات والعرج ورعاية الجسد كتعبير حركي سلوكي عن الألم.
- **الاستجابات العضوية الفيزيزلوجية للألم:** ولا تكون الاستجابات على هذا المستوى قابلة للملاحظة، غير أنه يمكن قياسها بواسطة ادوات القياس الخاصة بالالم. ويدخل

في عداد ذلك الإثارات المؤلمة لمسارات الأعصاب والمستقبلات وتحرير مواد مسكنة ومثيرة للألم من قبل الجسد.

ويفترض ألا تشترك بالضرورة كل المستويات في استجابة ألم خاصة؛ إذ يمكن وجود استجابة ألم فيزيولوجية - عضوية بدون أن يستجيب الطفل بصورة غير قابلة للملاحظة بالنسبة للملاحظ الخارجي. وتتم مراعاة المظاهر الموصوفة حتى الآن لظاهرة الألم في التصنيف المرضي والتصنيف لمتلازمات الألم المختلفة (Holms, 2001) .

8: 4: 3 تصنيف الالم

يعتبر الوصف الدقيق والتصنيف المنهجي لظواهر الألم ضروري لإجراء الدراسات القابلة للإعادة من جهة. ولطرح الاستطباب وتخطيط المعالجة المبررين. ويلاحظ وجود فروق تشخيصية كبيرة وخصوصا عند الأطفال الصغار الذين لا يستطيعون التعبير عن خبرات ألمهم بصورة لفظية، إلا من خلال منظومات وصف ناجحة. وقد صنف بعض الباحثين الالم الى ثلاثة انواع رئيسة هي(Nevid, et al, 2003) :

- **آلام الوخز Pricking:** وهي آلام يستشعرها المرء عندما تغرز ابرة في الجلد. او عندما يقطع الجلد بواسطة سكين

- **آلام حارقة burning:** للآلام الحارقة نفس خصائص آلام الوخز فنحن لا نستشعر منطقة الوخز خلال منطقة الالم. التي تماثل الحرق.

- **آلام الأوجاع Aching:** هذا النوع يمثل آلاما ميقة في الجسم بدرجات متفاوتة لا نستشعرها على سطح الجسم. وندما تنتشر الام الاوجاع ذات الشدة المنخفضة في مناطق عديدة من الجسم. فانها يمكن ان تؤدي الى احساسات غير سارة.

بينما صنف فريق آخر الالم وفق معايير مختلفة جدا، فتم تصنيف الألم وفق ثلاثة أنواع أساسية منه (رضوان، 2009).

- **الآلام الحادة:** وغالبا ما تكون قابلة للتحديد الموضوعي ومثارة من خلال سبب قابل للتحديد (مرتبط بتضرر في النسج كالإصابة في التدخلات الطبية المؤلمة) وذات مدة زمنية محدودة (نادرا ما تطول أكثر من شهر واحد) وقابلة للمعالجة وغالبا ما تقتصر العواقب النفسية للآلام الحادة على الخبرة العابرة للقلق والإرهاق.

- **الآلام الانتكاسية المتواترة:** وهي الآلام المتكررة بصورة منتظمة (كالشقيقة وآلام الظهر والبطن) وتمتلك منشأ غير واضح وتظهر بدون وجود تضرر عضوي قابل للتحديد على شكل أطوار وباختلاف في التواتر والمدة والشدة. ولا يعاني المعنيون

في الفترات الزمنية الواقعة بين هذه الأطوار من أية آلام و يكونون أصحاء كلياً. وغالبا ما تكون الآلام الانتكاسية صعبة الموضع. وظهورها غير قابل للتنبؤ ويغلب أن تعالج بصورة عرضية. ولا يمكن تحديد مثيرات طور الألم فيها بوضوح، إذ يمكن أن تدخل في الحسبان عوامل اجتماعية (أحداث حياتية حرجة، مواقف إرهاق في الأسرة والمدرسة) وعوامل خارجية كتأثيرات الطقس والأغذية والمسليات) وعوامل شخصية (الانفعالات، المزاج، المعرفيات).

- **الآلام المزمنة:** وتظهر كنتيجة لإصابات عضوية دائمة (حوادث، احتراق) أو لمتضررات في النسج الحية نتيجة لمرض أساسي مزمن كالتهاب المفاصل المزمن، التهاب الألم العصبي Neuralgia، السرطان). وغالبا ما تكون قابلة للتحديد من حيث المنشأ. ويستطيع المرضى تحديد مكانها بدقة. أما المنشأ الفيزيولوجي لحالات الألم المزمنة فهو غير معروف إلى حد كبير ويتحدث المرء عن آلام مزمنة، إذا ما امتدت إلى أبعد من وقت الشفاء المتوقع أو أكثر من ستة أشهر. وتتحدث الدراسات في هذا المجال الى ان اكثر من 25% من سكان البلدان الغربية يعانون من آلام مزمنة. وغالبا ما تكون العواقب الاجتماعية بالنسبة للأطفال المعنيين (كالتغيب عن المدرسة والحد من حرية النشاطات والمشكلات الأسرية والعزلة والاستبعاد الاجتماعي) عواقب جذرية. ويغلب أن يكون ضغط المعاناة متطرفا وليس من المستبعد أن يستقر العجز واليأس والاكتئاب في ظواهر نفسية مرضية (اكتئابات، قلق معمم، أرق، فقدان الشهية، سوء استخدام الأدوية.

ووفق مصادر الألم العضوية ووفق مظاهر نشوء المرض. فقد أمكن تصنيف الالم الى (رضوان، 2009):

- **الألم المؤذي Nozizeptive**: وهو الألم الحاصل نتيجة لمتضررات (خارجية) في النسيج الحي (كالجراح والرضوض مثلا).
- **الألم العميق Viszeraliszeral**: وهو عبارة عن ألم في الأعضاء الداخلية (كآلام البطن ونوبات المغص).
- **الألم الناجم عن ضرر في الأعصاب** : كالألم العصبي Neuralgia والآلام الوهمية).

وصنفت الجمعية العالمية لدراسة الألم International Association for the Study of Pain والتي يرمز لها اختصارا IASP والدليل التشخيصي لجمعية الطب النفسي الامريكية DSM-IV حالات الألم الى **آلام تفريقية** : تشتمل وصفا ل: 300 متلازمة من الألم تتمركز على المظاهر الجسدية لصيرورة الألم وتراعي السمات النفسية والاجتماعية بصورة عارضة وثانوية فقط في سياق صور الاضطرابات النفسية.

وقام باحثون آخرون بوضع تصنيف للوصف المعياري لمتلازمات الألم، تقوم على فهم اجتماعي بيولوجي له. و تتألف من: التصنيف متعدد المحاور للألم التي يرمز لها باختصار (ماسك MASK) وتتألف من جزء جسدي ويرمز لها ماسك -ج وجزء نفسي اجتماعي جديد (ماسك- ن) . ويصف الماسك الجسدي المظاهر الجسدية لإشكالية الألم بصورة شبيهة بمنظومة ISPA وDSM-IV وفق تموضع الالم ومدته وتكراره وشدته والمجال الوظيفي للمصاب وعوامل نشئته. كما يعكس الجزء الاجتماعي النفسي الجديد المظاهر النفسية والاجتماعية استنادا إلى النشوء واستمرار وعواقب الآلام المزمنة بصورة ضمنية، مثل: الأضرار النفسية المتمركزة على الألم ، والسمات الخاصة بالشخص والتي تكبح أو تنمي مواجهة الألم والمجهدات والعوامل الاجتماعية التي تؤثر على الألم. وبهذا تتوفر منظومة تصنيف عملية تسمح باستطباب وتخطيط تفريقيين للمعالجة من أجل مبدأ معالجة تكاملي (Brannon & Feist, 2004).

جدول رقم: 2: 1 التصنيف متعدد المحاور للألمMASK-P

مستويات سلوكية حركية	• سلوكيات شاذة: تجنب النشاطات الجسدية، تجنب النشاطات الاجتماعية، سلوك تحمل
مستويات انفعالية	• مزاج حزين- مكتئب: غضب، توتر، قلق، عدم استقرار داخلي، عدم استقرار مزاجي، نقص في التعبير الانفعالي
المستوى المعرفي	• اليأس والعجز\ الاستسلام، تضخيم كارثي(تهويل) معمم، نقص في إدراك الحوادث الجسدي، تهوين الأعراض الجسدية
الضغوطات	• مشكلات اجتماعية (الأهل، الأخوة، الأصدقاء)، إرهاقات من خلال المشكلات الصحية والاجتماعية، إرهاقات في مجال وقت الفراغ
سمات شخصية اعتيادية	• تحميل الذات فوق طاقتها، نقص في الكفاءات الاجتماعية، عجز في قيمة الذات، اضرار قيمية ومعايير جامدة، نقص في التعبير عن الذات
التصنيف وفق ICD-10 و DSM-IV	• يمكن طرح تشخيص إضافي

ويرى بعض الباحثين انه لا توجد حتى الآن منظومات تصنيف خاصة بالنسبة للألم في صيغة مفصلة في طب الأطفال. وقد اقترح لابوفي وأخرين Labouvie et al. تعديل صورة الماسك وفق سن الطفولة والمراهقة المبكرة، بحيث يضم الجزء الجسدي فئات لمتلازمات الألم الخاصة. وأمراض سن الطفولة والمراهقة وفق سبب الألم والبعد النفسي الاجتماعي له ليشمل العوامل التالية (Carson, et al, 2003):

- **المظاهر النفسية النمائية والمرتبطة بالنضج لحدث الألم:** السن، مستوى النمو المعرفي ، مفهوم الألم ' عزو الأسباب والخبرات المسببة للألم.

- **مواقف الإرهاق المتعلقة بالطفل:** الأسرة، المدرسة \ رياض الأطفال مجموعات الأتراب.
- **كفاءات المواجهة المتناسبة مع السن:** تنظيم انفعالي، كفاءة ذاتية، السيطرة على الألم، الاستعلام، تقييم الألم
- **عوامل السياق الأسرية والاجتماعية الخاصة:** التعلم وفق النموذج، مؤثرات تعزيز، سلوك الدعم الأسري، تاريخ المرض الأسري ، متطلبات وتوقعات اجتماعية.

ويمكن ان يتضمن هذا التصنيف فئات الالم الطفولي التالية (رضوان، 2009):

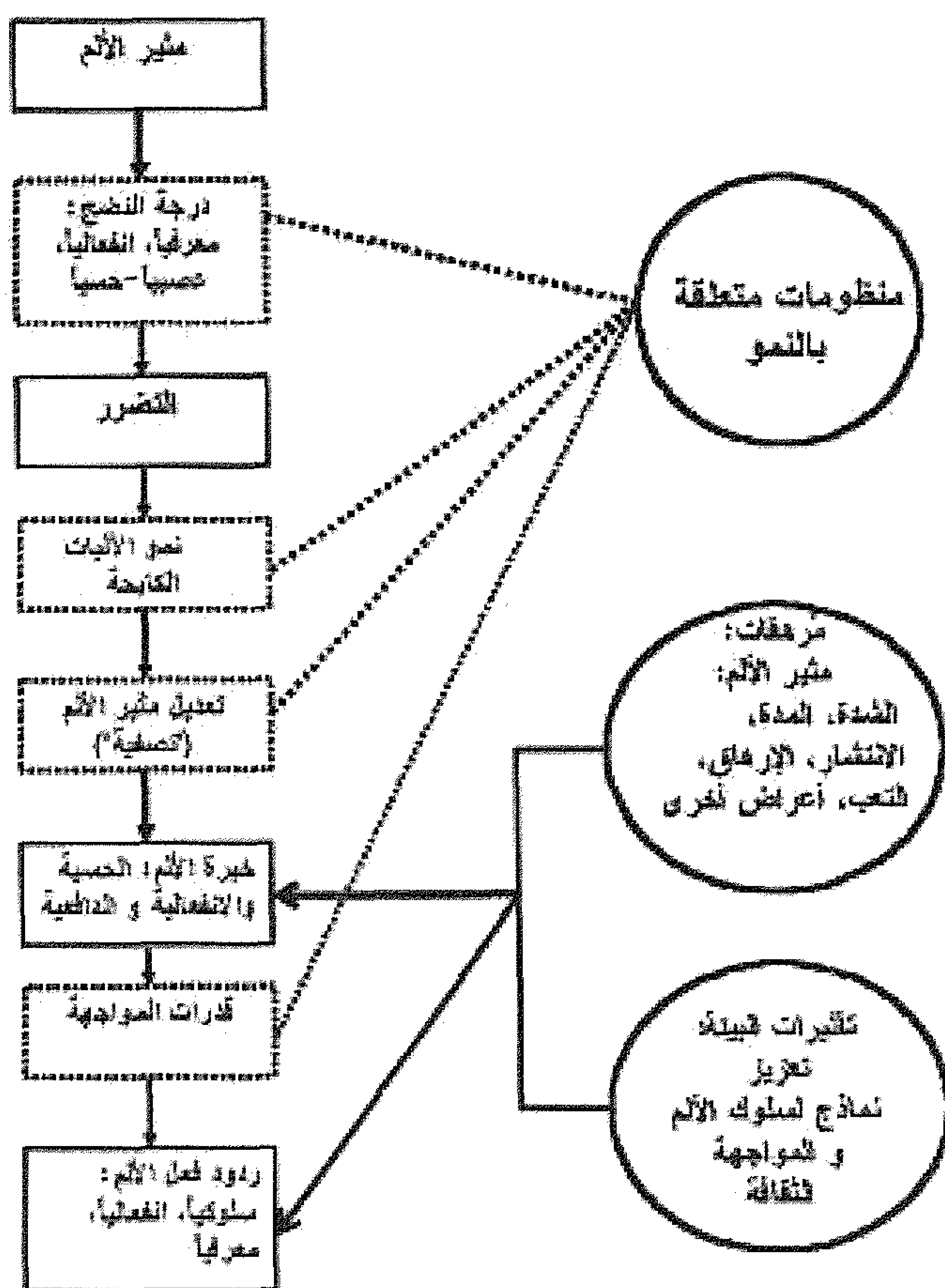
جدول رقم: 2: 2 فئات الألم الطفولي

الامراض المزمنة	• التهاب المفاصل، الربو، السرطان، السرطان، السكري، اضطرابات الوقوف
الاصابات الجسدية	• الحروق، جروح في اللحم، كسور، تجمد
اجراءات تدخلية	• عمليات جراحية، حقن/ خزع، قسطرة، خلع اسنان
منشأ جسدي غير واضح	• شقيقة، الم رأس توتري، الام بطن ذاتية انتكاسية
الام متعلقة بالنمو	• اسنان، الام اعضاء، امراض اطفال

8: 4: 4 الفيزيولوجيا النمائية للألم:

تشتمل المنظومة العصبية لتمثل الألم عند الإنسان على تأثير معقد للبنى العصبية والفيزيوعصبية والبيوكيميائية. ففي كل أعضاء جسم الانسان توجد ما تسمى بمستقبلات الألم Nociceptors بصورة مختلفة الكثافة والتي هي عبارة عن نهايات عصبية مستقبلات محيطية، تستجيب إلى المؤثرات الآلية أوالحرارية أو الكيماوية التي تبلغ شدة عالية (ضارة). وتتعدل قابلية هذه المستقبلات للإثارة (القابلية للاستجابةReagibility) من قبل مواد بيوكيماوية (وسائط داخلية المنشأ كالسيروتونين ، المادة P) التي تتحرر عند إصابات بنى الخلايا. ويمكن لهذه المواد التي تسبب الالم elegatical Substance أن تصدر المؤلمات Nociception بصورة مباشرة أو تخفض من موجة المثير لمستقبلات الألم. ويتم تحويل الدفقات الحسية للألم في الجهاز العصبي المحيطي من خلال ألياف عصبية خاصة (ألياف دلتا A و ألياف C اللانخاعية A- Delta and unmyeline c- Fibre إلى القرون الخلفية للنخاع الشوكي. وهنا توصل ألياف دلتا A ما يسمى بالألم الأول المميز للألم الحاد (واضح، واخز، متموضع يهدأ بصورة سريعة نسبيا) ، في حين أن ألياف - C تثير الألم الثاني المهم بالنسبة لحالات الألم المزمنة (عميق وصعب الموضعة، يهدأ بصورة بطيئة. و تنتقل دفعة الألم على المستوى الشوكي (النخاع الشوكي) بمساعدة النواقل العصبية من الجهاز العصبي المحيطي إلى الجهاز العصبي المركزي. وفي أثناء ذلك تثار استجابات انعكاسية حركية في الوقت نفسه

(منحنى الألم) . ومن خلال مسارات ألم خاصة، يتم التحويل إلى الدماغ حيث تصل دفعة الألم خلال بضع من جزء من مئة من الثانية بعد التأثير الخارجي إلى المهاد (التالاموس) . وهناك يتم تجميع كل مثيرات المحيط وتحويلها إلى باقي الدماغ "محطة التوزيع". وفي حالة الضرورة استثارة استجابة هجوم أو هروب. وهناك القليل من المعرفة حول التمثيل العصبي المركزي للألم. فعلى العكس من منظومات الحس الأخرى لا يوجد "مركز ألم" قشري. وإنما هناك بنى وظيفية عصبية وتشريحية عصبية مختلفة كليا تسهم في هذه الصيرورة المعقدة منها (رضوان، 2009):



منظومات متعلقة بالنمو لخبرة الألم

- جذع الدماغ (تنظيم العمليات الإعاشية كالتنفس والدورة الدموية)
- منظومة الغدة النخامية - الهيبوتالاموس (تنظيم المنظومة الغدية، طرح الهرمونات والإندروفين)
- التشكل الشبكي (توجيه الانتباه ، استجابات التوجه)
- الجهاز اللمبي ("مركز المشاعر" ، المركبات الانفعالية لخبرة الألم ، نوعية الألم)
- اللحاء الجديد Noecortex: (وعي الألم، الموضعة، التفسير والتقييم، توجيه التصرفات).

وعند إثارة الألم تبدأ في الدماغ سيرورة تنظيم معاكس تعدل تمثل مثيرات الألم من خلال آليات مسكنة داخلية المنشأ، وذلك من خلال تخفيض تحرير المواد المثيرة في

الجهاز العصبي المحيطي أو رفع المواد الكابحة على سبيل المثال. وعند باحات دماغية محددة (في الدماغ الأوسط) تتحرر مواد بيوكيماوية (كالإندروفين Endorphi) ، وهذه تنشط مسارات عصبية هابطة تصل إشاراتها الكهربائية إلى النخاع الشوكي (كف هابط في النخاع الشوكي). وهناك يتم تحرير مواد أخرى في المشابك العصبية كالسيروتونين)، التي تكف من جهتها تحرير مواد ناقلة للألم (المادة P مثلا). ومن خلال ذلك يتم كبح نشاط عصبونات القرينات الخلفية المسؤولة عن توصيل الألم في النخاع الشوكي. وفي الوقت نفسه تتم مواصلة تحرير الإندروفينات في الدماغ التي تخفض بصورة إضافية من نقل الألم. وحتى المواليد الجدد بل وحتى الأجنة يمتلكون الشروط الفيزيوعصبية لخبرة الألم(Pakal, 2001).

وتنضج المركبات التشريحية والوظيفية والكيماوية العصبية المختلفة لمنظومة الألم في أثناء التنشؤ الإنساني وبسرعات مختلفة وتكون عند الولادة مكتملة بصورة كافية من أجل الإدراك التفريقي للألم. كما وتتطور القدرة على تذكر مثيرات الألم قبل الولادة على ما يبدو، إذ أثبتت دراسات حديثة وجود ذاكرة ألم ووعي بدائي له عند المواليد الجدد والأجنة. أما لدى الأطفال الأكبر سنا والراشدين فترتبط استجابات الإرهاق السلوكية والفيزيولوجية ،القابلة للقياس ، على مثيرات الألم بوضوح مع خبرة الألم الذاتية. وعلى الرغم من أن السؤال عن النوعية الذاتية لخبرة الألم عند الأطفال في مرحلة ما قبل التعبير اللغوي تبقى في النهاية بدون إجابة ، فليس هناك من شك قائم منطقيا من أن الأشكال المتطابقة من التعبير في الفيزيولوجيا والسلوك تمثل خبرة ألم داخلية قابلة للمقارنة.

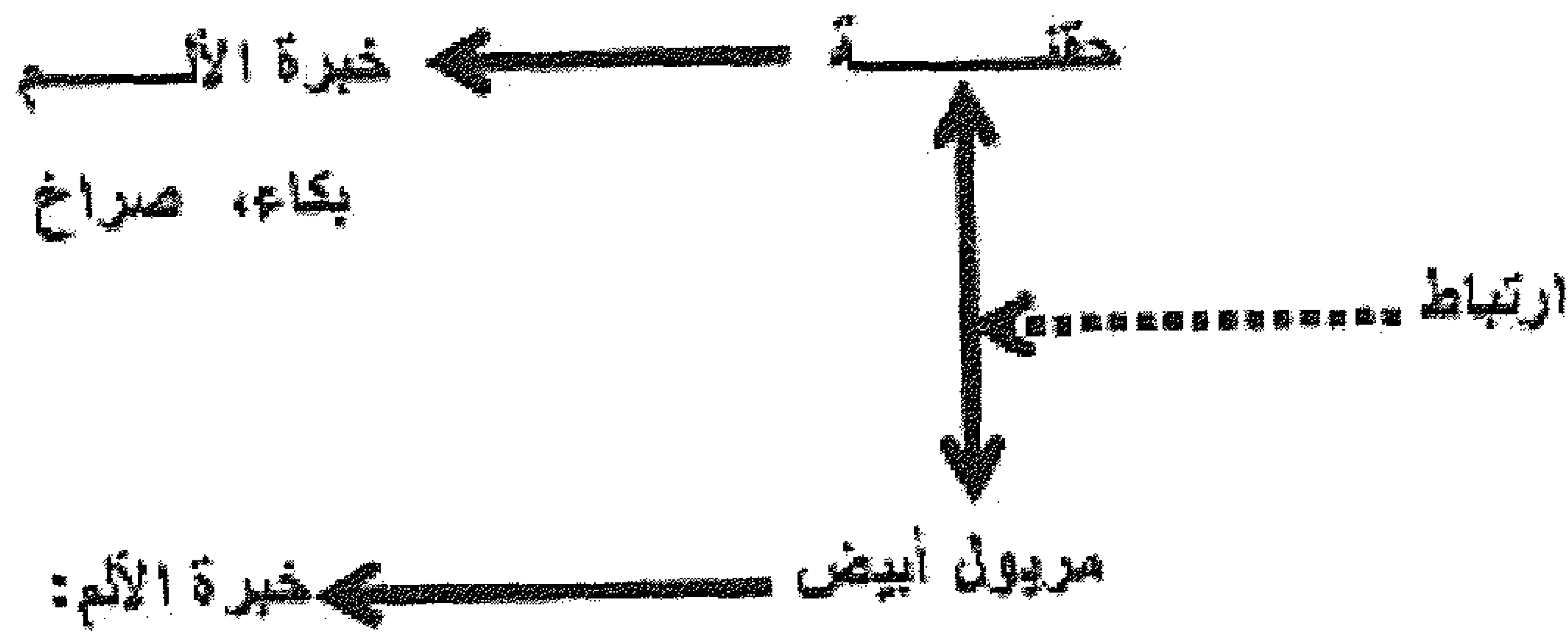
ويكتسب الأطفال مع النمو المتقدم باطراد القدرة على تحديد وتقييم ظواهر الألم بصورة استعرافية cognitive والتواصل حول ذلك بصورة واضحة. وغالبا ما يستخدمون في سن العشرين شهر مصطلحات لفظية للألم. ويستطيع الأطفال في سن ما قبل المدرسة التمييز بين شدات مختلفة من الألم بمساعدة سلالم متناسبة مع السن. و بوساطة وسائل القياس هذه أمكن إثبات أن انتشار وشدة الآلام في أمراض مختلفة قلما تختلف بين الأطفال والراشدين. ويخضع إدراك وتقييم خبرات الألم في مجرى النمو المعرفي إلى تغيرات شديدة وحتى أن مثير الألم نفسه(كالبزل الوريدي مثلا) يفسر من الأطفال الصغار جدا بأنه أشد تهديدا وكثافة على سبيل المقارنة. وبالمقابل فإن الأطفال الأكبر سنا لا يبدون ميلا للتقييم المرتفع للألم مقارنة بالراشدين. ويتعرف الأطفال في مجرى نموهم إلى طيف واسع من الآلام المختلفة التي تتغاير وفق الشدة والتموضع والانتشار والمدة والنوع ودرجة الإحساس بالتوعك والنوعية الحسية والمركبات الانفعالية وإمكانات التخفيف. وهنا يفسرون ويقيمون شدة ودرجة إرهاق كل خبرة ألم على أساس خبراتهم الراهنة مع الألم وبهذه الطريقة ينمّون منظومة استناد استعرافية لإدراكات الألم (تصويرة ألم)يصنفون

ويقيمون بمساعدتها الألم الجديد والتي تتعدل وتتوسع هي ذاتها(تصويرة الألم) مع كل خبرة جديدة من الألم. وعلى أساس خبراتهم مع الألم يطور الأطفال تصورات خاصة حول أسبابه، وتنحرف هذه التصورات الذاتية عند الأطفال الأصغر سنا بالتحديد عن نماذج التفسير الطبية . ومع تطور قدرات التفكير والتصور المجردين تصبح نماذج التفكير أكثر تمايزا. وتبرهن دراسات تجريبية على أنه مع التقدم في العمر يحل الفهم المجرد للألم محل الوصف الملموس. وبناء على النموذج النمائي المتعدد الطبقات لبياجية تم سؤال أطفال ويافعين أصحاء عن تصوراتهم حول الألم وأسبابه وتأثيراته واشتق من إجاباتهم النمو (الطبيعي) لتصور الألم. وبناء على ذلك يمكن القول أن الأطفال بين سن الثانية والرابعة يمتلكون تصورات أقرب للسحرية، فهم يصنفون الألم وكأن (شيئا ما يؤلمهم) والأسباب - إذا ذكرت - فإنها تكون موجودة خارج الجسد. فالألم عبارة عن خبرة جسدية يعيشها الأطفال عند الإصابة مثلاً. وبين السنة الرابعة والسابعة من الحياة يبدأ الأطفال التمييز بين شدات مختلفة من الألم، ففي هذه السن ينمون تصوراتهم الأخلاقية حيث يعتبر الألم على الغالب وكأنه عقوبة. ومع التقدم في النمو باتجاه عمليات التفكير المنطقية الملموسة ينمو التفهم للعلاقات الكائنة بين الإصابة والمرض والألم، فيبدأ الأطفال بين سن السابعة والحادية عشرة في التمييز بين الأسباب الخارجية والتأثيرات الداخلية. فالألم يمكن أن يحدث بسبب الإصابات والأمراض ويغير من العمليات الجسدية الداخلية (الطبيعية). ولأن الأطفال في هذه السن مايزالون يفتقدون إلى تصورات ملموسة حول السيرورات الفيزيولوجية، فإنهم يستخدمون استعارات مجازية لوصف الأسباب والتأثيرات الداخلية لآلامهم. وبدءا من سن الحادية عشرة تتشكل المقدرة على التفكير المنطقي الشكلي وهنا يتم ذكر أسباب نفسية وجسدية للألم. ويمتلك الأطفال واليافعون فهما واضحا للعمليات الجسدية ويمكن تفسير أسباب الألم بطريقة عصبية\ فيزيولوجية . وقد أمكن إثبات هذا الارتباط بين السن والتعقيد في وصف الألم بصورة تجريبية. إلا أنه من غير المعروف فيما إذا كانت المواجهة مع الألم المتكرر أو المستمر تؤثر على هذه السيرورة والكيفية التي تؤثر فيها. فحتى الآن تجري دراسات طولية على أطفال يعانون من أمراض ألم مزمنة .

8: 4: 5 النماذج النفسية لتفسير نشوء واستمرار الآلام المزمنة

تعتبر خبرة الألم من خبرات الحياة اليومية العادية للطفل. فقد أسفرت ملاحظات السلوك المنهجية للعب الحر عند أطفال ما قبل السن المدرسية عن أنهم يعانون من الألم وذلك كل ثلاث ساعات على الأقل من خلال السقوط أو الصدم أو المشاجرات مع الأطفال الآخرين. ولابد لكل طفل تقريبا من أن يتعرض لحقن اللقاح على الأقل أو لإجراءات طبية أخرى مؤلمة، وبعضهم يصاب بأمراض وإصابات جدية أو يمر بعمليات جراحية. ويذكر أن 87% من الأطفال الذين عولجوا في المستشفى بسبب أمراض مختلفة قد عانوا في الساعات الأربع والعشرين الماضية من الآلام . ويعتبر المرضى بأمراض مزمنة مرضى بالألم كذلك عندما تحتل الآلام المستمرة أو

الانتكاسية مركز الصدارة لديهم. وبسبب عدم إمكانية الشفاء على الأغلب يحتل التخفيف من الأعراض والتعامل مع المرض مركز صدارة المعالجة (Bakal, 1999).



تؤثر الآلام المستمرة أو الانتكاسية خلال أشهر أو سنوات على حياة الطفل، وتصبح الحياة اليومية محددة من خلال الألم أي أن القيام بالأدوار الاجتماعية المختلفة (المدرسة، الأسرة ، وقت الفراغ) وتشكيل الحياة اليومية يتحددان من خلال الألم. وتطلق على مراجعة الطبيب وتناول الأدوية والإقامة في المستشفيات والمعالجات الفيزيائية الخارجية تسمية إدارة الألم ذلك أنها تهدف إلى تحقيق التخفيف من الألم، ويستثنى من ذلك سلوك الألم الذي يعتبر التعبير القابل للملاحظة للألم المعاش، ويدخل في عداد ذلك الإبلاغ اللفظي ووضعية الجسد والإيماءات وتقييدات الوظائف والإعاقات. بالإضافة إلى ذلك يجمع الأطفال الكثير من الخبرات الاجتماعية التي تميز خبرة ألمِهم وتعاملهم مع ذلك بصورة جوهرية: إنهم يتعلمون من خلال الملاحظة الموجهة لأشخاص الإطار المرجعي المهمين كيف يتصرف "المرء"في مواقف الألم (التعلم وفق النموذج) ويعززون أو يعاقبون من خلال هذه المواقف على سلوك معين من الألم والمواجهة (إشراط إجرائي) أو يوجهون بصورة مباشرة (توصيل معرفي متسلسل للكيفية التي يمكنهم بها أن يتغلبوا على الألم. وفيما يلي سوف نقوم بعرض أهم النظريات حول نشوء واستمرار أمراض الألم المزمنة (Hadfield, 2002).

أولا: نموذج تعلم الالم بالاستجابة

إذا ما تمت خبرة الألم أكثر من مرة وكان مرتبطا مع مثير حيادي أي مع مثير غير مسبب للألم ، فإن هذا المثير الحيادي يمكن أن يتحول إلى مثير لخبرة الألم. والمثال التالي يوضح ذلك: عندما يتم حقن الطفل أكثر من مرة، فإنه يمكن أن يستجيب عند رؤية المريول الأبيض أو الحقنة بتعابير الألم والبكاء. وهذا الإشراط التقليدي لا يتم إلا إذا أثيرت أحاسيس ألم فعلا. ووفق نموذج التفسير هذا يمكن للآلام المزمنة أن تنشأ على أساس من مشكلة ألم حاد فقط. غير أن هذا النموذج لا يستطيع تفسير التطور البطيء لحالات الألم المزمنة بدون حدث ألم حاد، كألم الظهر أو آلام البطن مجهولة السبب.

ثانيا: نموذج التعلم الإجرائي في الالم

تتمثل المقولة الرئيسية لهذا النموذج في أن احتمال ظهور سلوك معين يتحدد من خلال عواقبه. فإذا ما كانت عاقبة سلوك ما نتيجة إيجابية أو لم تظهر نتيجة سلبية (تعزيز إيجابي أو سلبي) ، يرتفع احتمال ظهور هذا السلوك ثانية. ويقول نموذج الألم الإجرائي: إن التعبير القابل للملاحظة عن الألم المعاش بدون وجود سبب عضوي ينشأ من خلال آليات تعزيز. وقد أثبتت دراسات تجريبية بأنه يمكن للأهل أن يعدلوا من تحمل الألم عند أطفالهم بصورة واضحة من خلال التعزيزات اللفظية المجردة. ويتعلم الطفل وفق فرضيات نموذج التعلم الإجرائي بأن شيء ما (مرغوب) سوف يحدث إذا ما عبر عن ألمه أو أنه يستطيع أن يحمي نفسه من مواقف جديدة أو مزعجة. ومن الممكن أن يبدأ الطفل باستخدام ألمه بصورة وسيلية ، أي أنه يحاول من خلال التعبير عن الألم تحقيق أهداف مقيمة إيجابيا، فالوالدان غالبا ما يستجيبان لسلوك الألم عند أطفالهم بعدم الارتياح أو بانشغال خاص ويميلون إلى تحريهم من وظائف أو مهمات غير مرغوبة (كالمدرسة أو الوظائف المنزلية) و وبقائهم في المنزل. ومن أجل مواجهة الألم عند أطفالهم يستخدم مرضى الألم الراشدون الآليات نفسها التي يستخدمونها هم، ويحصل الأطفال من خلال ذلك على دور خاص يعزلهم على المدى البعيد عن أخوتهم و أترابهم، فإذا ما شعرت الأسرة في النهاية بأنها مرهقة وعاجزة فإنه غالبا ما تخفف التقنيات الإجرائية لتخفيض سلوك الألم من العبء. فهي تمكن من تجاهل التعبير عن الألم بهدف إطفاء سلوك الألم عند الطفل. وبالنسبة للطفل يتحول عدم الاهتمام إلى عقاب في الغالب، إذ أنه يحرم من الحب والاهتمام هنا. ولا يعزز هذا التعامل الأسري مع الآلام الأطفال في أثناء مواجهة الألم وبناء الاتصالات الاجتماعية ونشاطات وقت الفراغ وخبرة الكفاءة الذاتية. وهذا لا يمكن تحقيقه إلاّ من خلال دعم الأطفال في مساعيهم لمواجهة الألم وعندما يخبر الأطفال الاهتمام بغض النظر عن ألمهم. أمّا نقاط انتقاد هذا النموذج فهي أنه يفترض وجود إشراطات باعتبارها مُطفئات لسلوك الألم؛ ولا يراعي الأسباب الفيزيولوجية. فالمهم هنا هو السلوك القابل للملاحظة فقط ، أما الأفكار والمواقف والانفعالات فإنها تهمل.(Rimm & Masters, 2009)

ثالثا: تعلم الالم وفق النموذج:

يتعلم الأطفال سلوك الألم ضمن أشياء أخرى من خلال ملاحظة الأشخاص في محيطهم، فهم يتعقبون بانتباه خبرات الألم وسلوكه واستراتيجيات المواجهة عند والديهم وأخوتهم. وهم يتبنون تلك المظاهر في ذخيرة سلوكهم التي يتعرفون عليها على أنها ناجحة أو التي تعزز من قبل محيطهم. فقد وجد كل من هاربيل وبيترسون وجود تطابقات بين سمات الألم التي يذكرها الأطفال (النوع والتكرار) وسلوك الألم القابل للملاحظة الذي يبديه أهلهم. ويصل هذا التأثير الأسري في نشوء واستمرار متلازمات الألم الطفلي إلى حد أن مشكلات الألم عند أفراد الأسرة الأكبر سنا يمكن أن تنتقل إلى

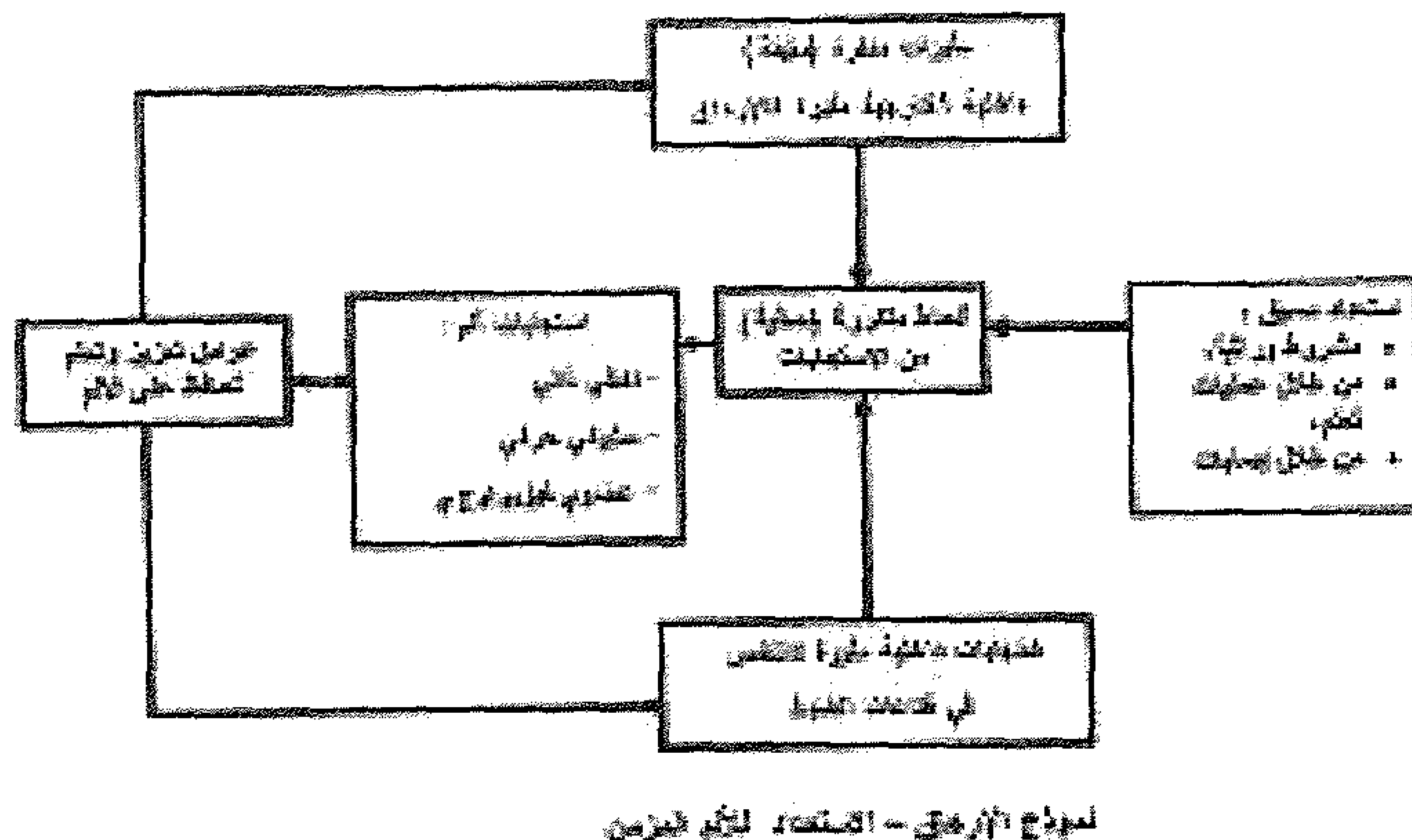
الأطفال. وهنا يطور الأطفال من خلال التعلم وفق النموذج أعراض ألم شبيهة (وفق النوعية والتكرار والتموضع) مثل أهلهم وأخوتهم. وقد برهن حدوث الألم الأسري أكثر من مرة بالنسبة لمجموعات مزمنة من الألم أو انتكاسية. ففي((أسرة الألم)) هذه غالبا ما تتطور مشكلة الألم إلى نقطة حياة مركزية: إذ يتحدد تنظيم الحياة اليومية ونشاطات الأسرة من خلال إشكالية الألم بصورة أساسية؛ ويتم وصف الخبرات الانفعالية بمفاهيم متجسدنة. وعلى الرغم من البراهين التجريبية لم يحظ مبدأ التعلم وفق النموذج إلا بالقليل من التأثير على الممارسة العيادية . وتستخدم أفلام النموذج لتحضير الأطفال على الآلام الحادة بصورة خاصة من خلال الإجراءات الطبية. ولا يمكن التوصل إلى مقولات حول التأثيرات الممكنة للتعلم وفق النموذج بسبب النقص في الدراسات التجريبية(رضوان، 2009).

رابعا: النموذج السلوكي المعرفي في الألم

يراعي هذا المبدأ العوامل المعرفية كالتوقعات والمواقف عند نشوء واستمرار حالات الألم المزمنة. ويفترض بأن مرضى الألم يمتلكون توقعات سلبية فيما يتعلق بقدرتهم على التعامل مع الألم ومنطلق محاولات المعالجة والشدة المستقبلية لآلمهم وتحقيق رغبات الحياة. فالأفكار والانفعالات تدور حول التأثيرات السلبية للمرض والألم، وبالتالي لا يتم تطوير استراتيجيات إيجابية في المواجهة ، ويشعر المعنيون بأنه مسيطر عليهم من خلال ألمهم ومقيدون في حياتهم. ويمكن لمشاعر اليأس الناجمة عن ذلك أن تقود ضمن أشياء أخرى إلى السلبية وتعكرات المزاج الاكتئابية وارتفاع الحساسية للألم وإلى صورة سلبية عن الذات. وقد أمكن برهان السيرورات المعرفية تجريبيا من خلال الدراسات على الراشدين. وتستخدم في الممارسة العيادية تقنيات معرفية لمواجهة الألم حتى مع الأطفال واليافعين بصورة ناجحة. وتقود هذه التقنيات إلى تعديل في تفسير وتقييم الألم وترفع من تحمله. أما انتقادات هذا النموذج فهي غياب الاستناد إلى نتائج ونظريات علم النفس المعرفي والمراعاة القليلة للاستجابات الفيزيولوجية ومظاهر السلوك (Rimm & Masters, 2009).

خامسا: نموذج الإرهاق - (الاستعداد)

يحاول هذا المبدأ مكاملة كل معارف الطب وعلم النفس. ويقوم على احتمال ارتباط نشوء



واستمرار حالات الألم المزمنة بالعوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية ومن خلال تفاعلاتها المتبادلة. وفرضية هذا النموذج النفسي الاجتماعي البيولوجي، هي أن كل إنسان يملك استعدادا لتنمية مرض ألم محدد. هذا الاستعداد لا يتثبت على شكل مرض فقط إلا عندما تتوفر العوامل التالية(رضوان، 2009):

- **استعداد فيزيولوجي للاستجابة مع التغيرات في منظومة جسدية معينة:** ويتألف هذا الاستعداد بموجة منخفضة من التنشيط لجهاز الألم. وهذا يعني أن مشاعر الألم الحسية يمكن أن تثار حتى من خلال مثيرات ذات شدة منخفضة مثلا. ويقوم هذا الاستعداد على استعداد وراثي أو حدث صادم سابق أو على سيرورات تعلم اجتماعية

- **تغيرات فيزيولوجية تعاش كألم:** وتعتبر هذه الأنماط وتفسيرها أنماطا متكررة استجابية ويمكن قياسها موضوعيا (كتوتر العضلات من خلال التخطيط العضلي الكهربائي).

- **أنماط متكررة من الاستجابة** : وتثار من خلال مثيرات داخلية\ خارجية مقيتة (كالمحادثات العالية التوتر) أو من خلال استجابات (التوقع - الألم، النقص في قناعات الضبط) وتقود لسلوك الألم على المستويات الثلاثة المعروضة سابقا.

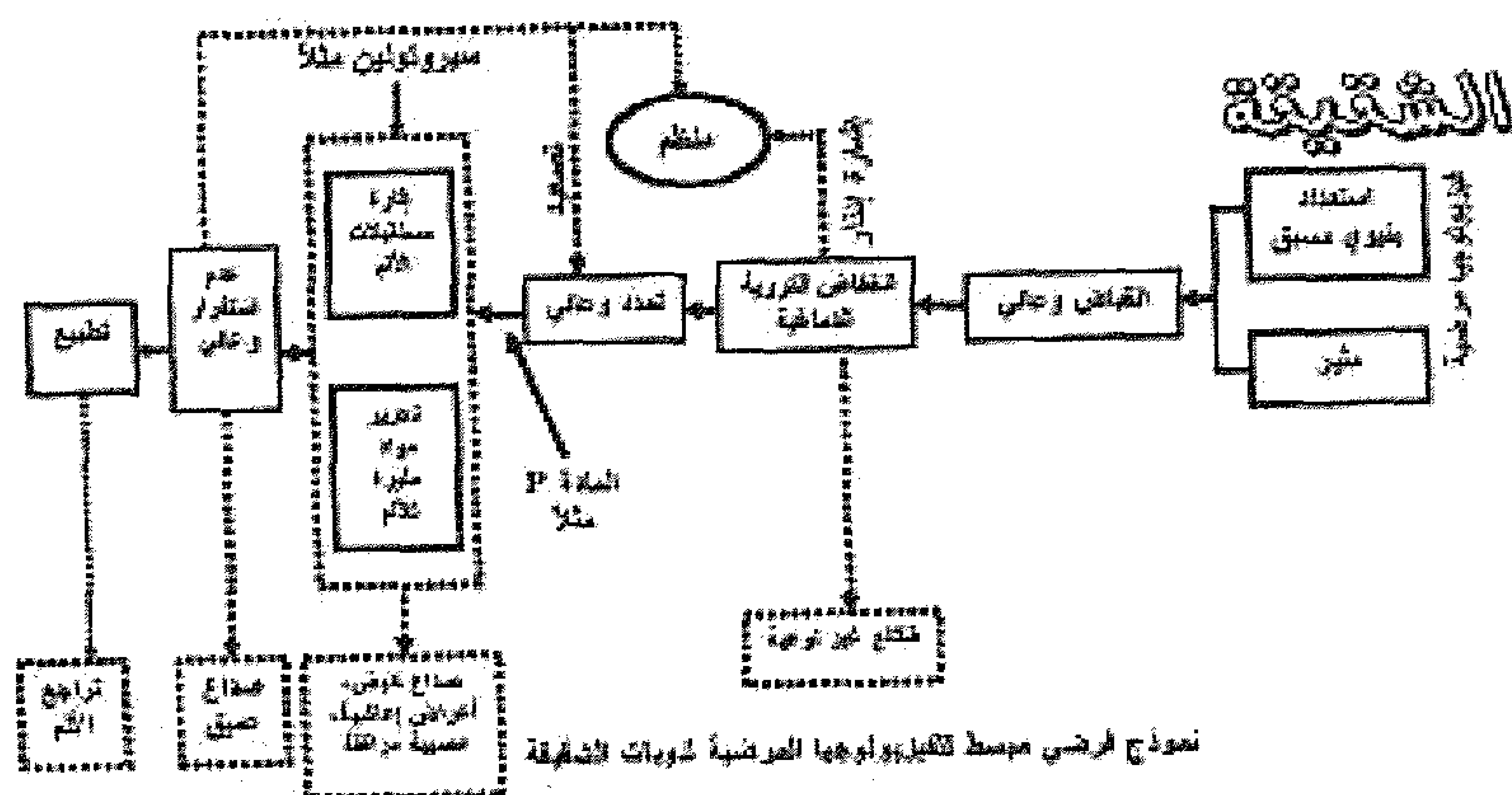
- **صيرورات تعلم وتعزيز (كالخوف من الألم من خلال الحركة؛ الاهتمام والانتباه عند التعبير عن الألم):** وهذه الصيرورات تجعل الألم يستمر.

وقد طورت نماذج الإرهاق - المتنحيزة (الاستعداد) Diatheses- Stress- Model لصور أمراض واضطرابات مختلفة. ومن خلال تأثير عوامل مختلفة تشتق مجموعات تأثير تهدف على مستويات متعددة إلى تخفيض شدة الألم ورفع كفاءات المواجهة.

سادسا: الفيزيولوجيا المرضية

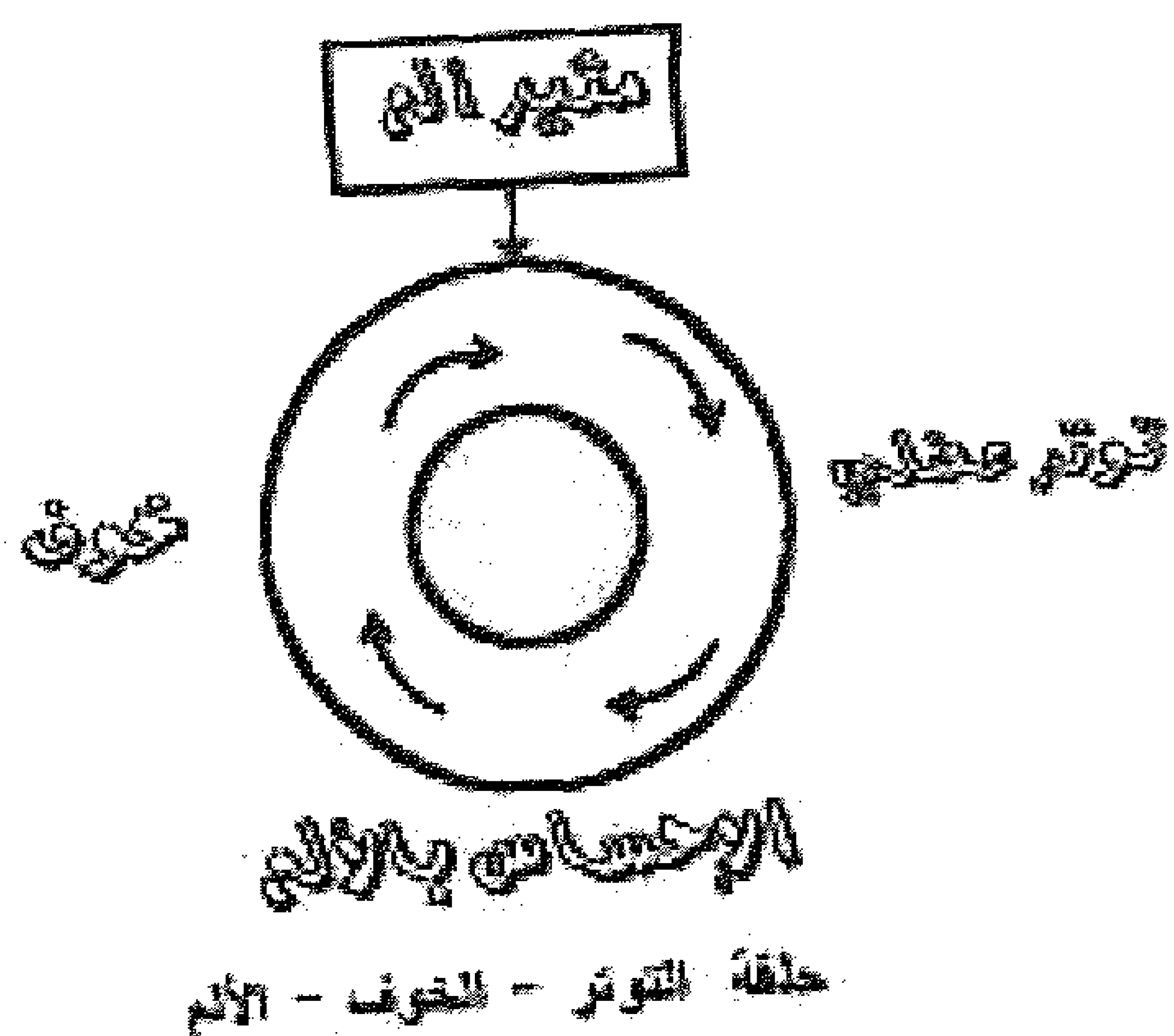
على الرغم من المساعي المكثفة للبحث مازالت الفيزيزلوجيا المرضية Pathophysiology لنوبات الشقيقة غير معروفة حتى اليوم بصورة كاملة. وتبدأ نوبة الشقيقة مع بداية طور أولي يحدث فيه على أساس من تفاعل مركب لسيرورات وعائية وكيمائية انقباض وعائي أحادي أو ثنائي الجانب (تضيق أو تشنج في الأوعية الدموية) لأوعية الدماغ وانخفاض في التروية الدموية لمناطق محددة من محيط الدماغ. وهنا يعزى للسيروتونين دورا مركزيا. وفي الطور التالي يعقب ذلك تنظيم فيزيولوجي معاكس يتم فيها توسيع شرايين الدماغ الكبيرة بصورة خاصة بشكل مفرط (تمدد وعائي Vasodilation) يحدث من خلاله تحرير المادة P (P- Substance). ومن خلال هذا التمدد لجدران الأوعية تتهيج مستقبلات الألم المحيطة وتتحرر مواد تحسسية تؤدي إلى

إثارة ألم الرأس النابض المميز. ومن خلال نفاذية الأوعية المتبدلة وفقدان التوتر السوي لها تضطرب عمليات التنظيم المعقدة في جدران الأوعية بصورة كبيرة(عدم استقرار وعائي) وينتج ألم الرأس العميق اللاحق (طور التربل Oedemphase) . وتقوم المواد البيوكيميائية كالسيروتونين هنا بصورة إضافية بدور الوسائط في إثارة الألم العصبي التحسسي الألمي Sinsitivation (رضون، 2009).



نموذج فرضي مبسط للفيزيولوجيا المرضية لنوبات الشقيقة

ويناقش في الوقت الراهن التأثير المعدل للألم في بنى عصبية مركزية عليا (فوق شوكية Supraspinal) التي يحتمل أن تلعب دورا مركزيا في نشوء الشقيقة والصداع التوتري. وما تزال تصورات النماذج الفيزيومرضية الصداع بدائية جدا. ففي الصداع التوتري (عضلي المنشأ) يفترض وجود آلية خلل وظيفي حركي. وحتى التوتر البسيط للعضلات يمكن أن يقود إلى انخفاض في التروية الدموية (Ischemia) في الخلية المعنية وبهذا إلى حادثة الألم. وهذه يمكن لها أن تنتشر من مكان النشوء (كقفا الرأس أو عضلات المضغ) إلى عضلات الرأس الأخرى و (تنبعث) إلى البنى الحساسة للألم داخل تجويف الجمجمة (أغلفة الدماغ ، الأوعية الدماغية) وتسبب الصداع التوتري . وتقود اضطرابات نقص التروية الموضعية في الوقت نفسه إلى تحرير مواد ألمية elegatical Substance وإنتاج استقلابات ضارة تقوي حدث الألم، ويمكن للصداع المستمر الظاهر أن يستقر في حلقة مفرغة من تشنج العضلات والصداع سواء في الشقيقة أم في الصداع التوتري. فالألم نفسه يثير توترا انعكاسيا لعضلات الهيكل العظمي ويعزز خبرة الألم ثانية. وأخيرا يمكن للتوقع أو الخوف من



حلقة التوتر – الخوف – الألم

الصداع أن يقود إلى نوبات صداع على شكل منعكس مشروط من حالات التشنج.

ولا يمكن فصل الشقيقة والصداع التوتري عن بعضهما من الناحية الفيزيونفسية بصورة واضحة. وعلى ما يبدو تشترك كل أشكال الصداع الأولية بصيرورات وعائية وعضلية. وقد صاغ كل من أوليسين و جينسين (Olesen & Jenzen) نموذج استجابة تكاملي قائم على أساس النتائج الراهنة، يفترض بشكل عام وجود صيرورات وعائية وعضلية وفوق شوكية في كل حادث صداع. وطبقا لذلك تختلف الشقيقة والصداع التوتري عن بعضهما بالنسبة لظاهرة الصداع المعنية من خلال قيمة السيرورات الفيزيونفسية منفردة: فالشقيقة تتصف بسيطرة السيرورات الوعائية ، في حين يلعب الخلل الوظيفي العضلي في الصداع التوتري دورا كبيرا(رضوان، 2009).

9: ادارة الضغط:

ضغط العمل سمة هذا العصر. مما يتطلب من الفرد القيام باستجابات مختلفة وغير سليمة تجاه الاجهاد. وقد عرض العديد من المنظرين نماذج واستراتيجيات محددة لادارة الضغوط وقد قدم حسين وحسين (2006) عددا من البرامج لادارة الضغط:

9: 1 نموذج جوردن(Gordon, 1993):

فقد وضع جوردن(Gordon, 1993) برنامجا للتعامل مع الضغوط على مستوى الفرد وعلى مستوى المنظمة مضمنا البرنامج الاستراتيجيات التالية:

أ ولا: استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكلة:

ومن خلال هذه الاستراتيجية يمكن ادارة الضغوط على مستوى الفرد عن طريق التكيف الادراكي : حيث يستطيع الفرد تعلم التكيف مع الضغوط من خلال ادراكه للضغوط التي تسبب مواقف ضاغطة في العمل. وادارة الوقت: ينبغي على الافراد العاملين التدريب على ادارة الوقت بطريقة فعالة تعتمد على التخطيط والتنظيم الجيد ووضع اولويات للمهام وتحديد الوقت الكافي لاداء كل مهمة. والدعم والمساندة من اقران العمل: لاشك ان حصول الافراد العاملين على المساعدة من اقرانهم في العمل او من الرؤساء يعتبر مصدرا قويا وحافزا على مواجهة المواقف الضاغطة في بيئة العمل. وتغيير الوظائف: من خلال اتاحة قدر من الحرية للافراد العاملين للانتقال الى عمل او وظيفة تتناسب مع التوقعات الخاصة بهم ومع قدراتهم وامكانياتهم.

ويمكن كذلك ادارة الضغوط على مستوى المنظمة من خلال استراتيجية المواجهة المتمركزة على المشكلة عن طريق: اعادة تصميم الوظيفة: بهدف التخلص من غموض الدور وعبء العمل وصراع الدور والظروف السيئة للعمل. والانتقاء: من خلال تقويم

امكانات وقدرات الفرد حتى يتم اختيار الوظيفة التي تتناسب معها بحيث لا تمثل عبئا عليه في المستقبل. والتدريب: ويعتبر ذا اهمية خاصة للقضاء على المصادر الرئيسة المسببة للضغوط. وبناء فرق العمل: تتطلب ادارة الضغوط بناء فريق عمل داخل المنظمة بحيث يسود بيئة العمل روح الفريق في ظل مناخ يشجع على التفاعل والتعاون الايجابي.

ثانيا: استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال:

يمكن ادارة الضغط من خلال خفض الحالات الانفعالية السلبية للافراد العاملين بها وذلك بالتواصل المفتوح: يزداد مستوى شدة ضغط العمل في ظل انغلاق الافراد على انفسهم وعدم تعاونهم مع اقرانهم في العمل في حين ان قنوات التواصل المفتوحة بين الافراد في المنظمة تؤدي الى تحسين ادائهم. ووضع برامج مساعدة الموظف: التي تعتمد على تقديم الخدمات الارشادية وتعمل على تدعيمهم وجدانيا. وتحفزهم على الاداء وتقديم المساعدة والخدمات لهم للقضاء على المشكلات الاخرى غير المرتبطة بالعمل. مثل المشكلات الصحية والاسرية. وبرامج الرعاية الصحية: بحيث تتيح المنظمات للافراد العاملين بها الحصول على اي اجازات للنقاهة والاسترخاء بهدف التخلص من التوترات والقلق الناجم عن ضغوط العمل.

كما يمكن ادارة الضغوط بالنسبة للفرد من خلال استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال على الاسترخاء: حيث يساعد على خفض توتر العضلات ومعدل ضربات القلب والتنفس وضغط الدم. التأمل العاطفي: وينتج عن ذلك التأمل انخفاض معدل ضربات القلب واستهلاك الاكسجين وضغط الدم. التمارين الرياضية: فالتغيرات الفسيولوجية والبيوكيميائية الناتجة عن التمارين تقلل من آثار الضغوط. وهذه التمارين تقلل من درجات القلق والاكتئاب والعدوان.

9: 2 نموذج ستيرز وبلاك Steers & Black, 1994:

واستند نموذج ستيرز وبلاك Steers & Black, 1994 المشار اليه في (حسين وحسين، 2006)**:** التعامل مع الضغوط المتعلقة بالعمل على وضع استراتيجيات خاصة بالفرد والمنظمة ايضا وذلك على النحو التالي:

أولا: استراتيجيات خفض الضغوط على مستوى الفرد

وذلك من خلال: تنمية الوعي الذاتي: بحيث يمكن للافراد ان يزيدوا من الوعي بكيفية معرفتهم للعمل. وتنمية الاهتمامات الخارجية: يمكن للافراد الاشتراك في الانشطة البديلة التي تأخذهم بعيدا عن ضغوط العمل في بيئة المنظمة ومحاولة الاندماج فيها. وترك المنظمة: عندما يكون الفرد غير قادر على تحسين موقفه وسلوكه في العمل لا بد

من اتاحة الفرصة له لترك المنظمة وايجاد عمل بديل في مكان آخر. والتمارين البدنية: تمثل التمارين البدنية وسيلة فعالة لمساعدة الجسم على التعامل مع الضغوط. والتقييم المعرفي: تنتج الضغوط من عملية التقييم المعرفي السلبي والتفسير للاحداث التي توجد حول الفرد في بيئة العمل. ومن ثم لخفض الضغوط والتعامل معها فانه لابد من اعادة التقييم المعرفي للضغوط المرتبطة بالعمل بطريقة ايجابية.

ثانيا: استراتيجيات خفض الضغوط على مستوى المنظمة:

يمكن ادارة الضغوط على مستوى المنظمة. من خلال عدد من الاساليب التي تتصدى بها المنظمة للضغوط من خلال الانتقاء: بحيث يصبح للمدير قدرة على انتقاء الافراد العاملين بما يتناسب وقدراتهم وامكاناتهم مع الوظيفة والاعمال التي يؤدونها. والتدريب: يمكن تقليل ضغوط العمل من خلال اجراءات التدريب على المهارات المتعلقة بالوظيفة حيث يتعلم الافراد كيفية اداء عملهم بشكل اكثر فاعلية واقل ضغطا. واعادة تصميم الوظيفة: يستطيع المدير تغيير جوانب معينة من الوظيفة او الطريقة التي يؤدي بها الافراد هذه الوظيفة بحيث تصبح توقعات كل دور تتطلبه الوظيفة واضحا ويصبح الفرد قادرا على ادراكها. واعداد البرامج الارشادية: حيث تتوقف برامج خفض الضغوط على مدى دعم المديرين للافراد العاملين نفسيا واجتماعيا وتقديم النصح والتوجيه والخدمات الارشادية والعلاجية المناسبة. والمشاركة: يجب اتاحة الفرصة للافراد العاملين للمشاركة بشكل فعال في عملية صنع القرارات داخل بيئة العمل. وتماسك الجماعة: كلما ازداد الارتباط بين افراد الجماعة وبين جماعات العمل ازدادت عملية التواصل الفعال والايجابي بين الافراد. وبالتالي ينخفض غموض الدور وصراع الدور في المنظمة. واعداد برامج النقاهة والمرح: ويتمثل ذلك في قيام بعض المنظمات بعمل برامج للنقاهة الصحية والترفيه والمرح بحيث يساعد ذلك الافراد العاملين بالمنظمة على تعلم واكتساب القدرة على تعديل انماط سلوكهم.

9: 3 نموذج نورت كرافت ونيل Northcraft & Neal, 1994:

ووضع نورت كرافت ونيل Northcraft & Neal, 1994 المشار اليه في (حسين وحسين، **2006**): برنامجا للتعامل مع الضغوط على مستوى الفرد وعلى مستوى المنظمة. وبالنسبة لاستراتيجيات ادارة الضغوط على مستوى الافراد من خلال ممارسة التمارين البدنية: بالمشي والجري واساليب الاسترخاء والتأمل العقلي. وادارة الوقت: من خلال تخصيص وقت كاف للمهام التي تم تحديدها ويتعين عليه القيام بها. والدعم والمسندة الاجتماعية: الذي يحصل عليه الفرد من الاخرين على تناول مشكلات العمل من منظور مختلف. بحيث يؤدي الى التعامل مع الضغوط بنجاح. اما بالنسبة لاستراتيجيات ادارة الضغوط على مستوى المنظمة فهي: الانتقاء: ينبغي انتقاء واختيار الافراد العاملين بعناية لضمان التوازن بين مستوى الفرد ومستوى ضغوط المنظمة. واعادة تصميم الوظيفة: بحيث

تتناسب توقعات الوظيفة مع الافراد العاملين ويصبح الافراد قادرين على فهم طبيعة ومحتوى اساليب تقويم الاداء. واعداد البرامج الارشادية: من اجل مساعدة العاملين في المنظمة على تشخيص وعلاج ضغوط العمل في بيئة المنظمة.

9: 4 نموذج هامفريز (Humphries, 1995):

وتحدث هامفريز (Humphries, 1995): في نموذجه عن ان الوقاية خير من العلاج مهما كان الاهتمام بخفض الضغوط . وانه لا بد من محاولة تقليل الضغوط داخل بيئة العمل من خلال الاجراءات التالية:

- **تحديد الالويات**: من خلال توضيح الاعمال والمهام التي يؤديها الفرد في العمل ودورها في اشباع الاحتياجات الخاصة به.
- **ادارة الوقت**: وتشير الى توزيع الوقت على المهام بحيث يتناسب مقدار الوقت مع ما يؤديه الفرد من ادوار في العمل.
- **تفويض السلطة**: من اجل مساعدة المدير لبعض من سلطاته للاخرين على تحفيز الافراد العاملين على اداء ادوارهم بطريقة فعالة.

9: 5 فيرز وجيل Furz & Gale, 1996 :

ويقوم نموذج فيرز وجيل (Furz & Gale, 1996) : على اساس الوقاية من الضغوط ومنعه قبل الحدوث عن طريق اكساب الافراد القدرة على تحديد الطرق التي يمكن التعامل بها مع المواقف الضاغطة. حيث تم وضع عدد من الاجراءات التي تعطي الفرد قدرة على الاستجابة لضغوط العمل تمثلت في الآتي:

- **التأكد من طبيعة الموقف**: بحيث يستطيع الافراد رؤية مدى وجود المشكلة التي يعانون منها في العمل.
- **تحديد ردود فعل الافراد**: من خلال فتح قنوات الاتصال حول مشاعر الافراد تجاه عبء العمل والمسؤولية وادارة الذات وتعديل التوقعات الخاصة بالدور الذي يؤدونه
- **طرح الافكار**: فاتاحة الفرصة امام الافراد العاملين للتعبير عن افكارهم حول المواقف الضاغطة التي تؤثر على ادائهم في العمل يؤدي الى تحسين قدرتهم على التوافق والتكيف بشكل ايجابي مع المواقف الضاغطة.
- **تعديل الافكار السلبية**: فتعديل الافكار السلبية واستبدالها بافكار اكثر عقلانية وايجابية يمكن ان يساعد في خفض الاثار السلبية الانفعالية والسلوكية الناجمة عن الضغوط
- **ايجاد بيئة عمل صحيحة**: تسهم بدور فعال في ادارة الضغوط في بيئة العمل وتعمل على توفير مناخ نفسي صحي يحفز على تحسين الاداء.

- **التنمية المهنية للعاملين:** من خلال وضع برامج تدريب على ادارة الضغوط وتسهيل فرص التنمية المهنية التي تساعد على تحديد نقاط القوة والضعف لدى ادارة المنظمة والافراد العاملين بها. ووضع برامج ارشادية حول كيفية التكيف والتوافق مع الضغوط

9: 6 نموذج فينتشام وروذز Fincham & Rohds, 1996 :

وقدم فينتشام وروذز (Fincham & Rohds, 1996): نموذجا تضمن ثلاث استراتيجيات للتوافق مع الضغوط هي:

- **استراتيجية المواجهة المتمركزة حول التقييم:** بحيث يحاول الفرد مواجهة الاحداث والمشكلات التي تواجههم في العمل من خلال التحليل المنطقي لها وتقييمها معرفيا من منظور ايجابي.
- **استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكلة:** بحيث يتعامل الشخص مع المشكلة والمواقف الضاغطة التي تسبب له الشعور بالضغط من خلال استخدام مصادر المساندة الاجتماعية المتاحة لديهم في العمل.
- **استراتيجية المواجهة المتمركزة حول الانفعال:** وتركز هذه الاستراتيجية على التعامل مع الاثار الانفعالية للضغوط من خلال التنظيم الانفعالي والاهتمام بمشاعر وانفعالات الافراد المرتبطة بالمواقف الضاغطة والعمل على خفض هذه المشاعر والانفعالات.

9: 7 نموذج رايت ونو Wright & Noe, 1996:

استخدم رايت ونو Wright & Noe, 1996: عددا من الفنيات التي تساعد في ادارة الضغط وخفضه سواء كان ذلك على مستوى الفرد حيث يتم التوافق مع المواقف الضاغطة وادارتها عن طريق التمارين الرياضية التي تساعد بدورها في تحسين الصحة البدنية للافراد والتدريب على الاسترخاء بهدف التخلص من القلق والتوتر وخفض الاثار الفسيولوجية من ارتفاع في ضغط الدم وزيادة ضربات القلب وغيرها وكذلك التدرب على ادارة الوقت بشكل افضل بحيث يتم توزيع الوقت على المهام التي يتم تكليف الافراد بادائها.

وعلى مستوى المنظمة بالعمل على خفض الضغوط المتعلقة بالعمل والتي يعاني منها الافراد العاملون من خلال تحسين بيئة العمل وتوضيح الادوار ودعم محاولاتهم والتخلص من الضغوط وتقديم برامج للصحة العامة وايجاد ثقافة تنظيمية مدعمة تساعد الافراد العاملين على ادارة الضغوط من خلال تدعيم القيم المشتركو داخل المنظمة.

9: 8 نموذج وود وآخرون Wood, et al.; 2001 :

وصاغ كل من وود وآخرون (Wood, et al.; 2001): نموذجا لادارة الضغوط يستند على تحديد ضغوط العمل التي تؤدي بدورها الى اثار سلبية تنعكس على اداء المنظمة والافراد. يقوم على **تفويض السلطة:** اتاحة الفرصة للافراد العاملين للمشاركة في اتخاذ القرارات داخل المنظمة. و**اعادة تصميم الوظيفة:** من خلال خلق وظائف ثرية تجعل العمل اكثر جذبا للافراد العاملين بما يتناسب وقدراتهم وتتضح فيها توقعات الادوار المرتبطة بها. و**وضع الاهداف:** بحيث يضمن مدير المنظمة فهم كل عامل لتوقعات وظيفته. وان هناك هدفا يسعى لتحقيقه.و**التواصل:** ينبغي ان يكون هناك تواصل ايجابي من خلال قنوات مفتوحة وواضحة تساعد على التواصل بين ادارة المنظمة والافراد العاملين بها.و**الانتقاء والتدريب:** من خلال التأكيد على سلامة الوظيفة للفرد القائم بها وتدريبه على الادوار والتوقعات وتحسين مهاراته باستمرار حتى تصبح لديه القدرة على اداء هذه الادوار بايجابية.

9: 9 نموذج هيدريجيل وآخرون :Hedriegel, et al.; 2001

ويرى كل من هيدريجيل وآخرون Hedriegel, et al.; 2001 المشار اليه في (حسين وحسين، 2006): بأن اي برنامج لخفض الضغوط يجب ان يتضمن عددا من الاساليب والوسائل التي تساعد على احتواء تلك الضغوط. مشيرا الى مجموعتين من الوسائل التي تساعد على خفض الضغوط. وتتضمن **الوسائل الفردية** بعض الانشطة والسلوكيات التي تمت من اجل القضاء على مصادر الضغوط. وجعل الافراد اكثر قدرة على التوافق معها. مثلالتعرف على الضغوط التي تؤثر على حياة الفرد. وبالتالي تحديد تصرفاته حيالها. **والوسائل التنظيمية**. بحيث يتم تقليل الضغوط من خلال ثلاث وسائل تشتمل على كل من: تحديد ضغوط العمل وتعديل سلوكيات الافراد في ضوء ادراكاتهم ومساعدة الموظفين على التوافق بشكل فعال مع اثار هذه الضغوط.

9: 10: نموذج نيلسون Nelson, 2003 :

وأشار نيلسون Nelson, 2003 المشار اليه في (حسين وحسين، 2006): الى ان ادارة ضغوط العمل تتم من خلال عدة طرق واساليب مختلفة تهدف الى التقليل من الاثار السلبية للضغوط والحيلولة دون تأثيرها بالسلب على اداء الفرد والمنظمة. **فعلى مستوى المنظمة:** يمكن من خلالها خفض الضغوط اشتملت من خلال **اعادة تصميم الوظيفة:** يجب اعادة تصميم الوظيفة بالشكل الذي يجعلها ذات معنى واهمية. ويتحقق ذلك من خلال ضمان ان الوظيفة تتضمن العديد من الانشطة والمهام كما تتيح مقدارا مناسبا من الاداء. **ووضع الاهداف:** بحيث يمكن تحقيق التكيف من خلال وضع الاهداف وتحديد الانشطة التي تهدف الى زيادة الدافعية لانجاز العمل. و**تحديد الدور:**

ومن الضروري اتاحة الفرص للافراد العاملين لتعديل ادوارهم في العمل بما تتناسب وميولهم المهنية وتوقعات هذا الدور. و**المساندة الاجتماعية**: فالعلاقات الاجتماعية تساعد في بيئة العمل بين الجماعات على سهولة التكيف مع ضغوط العمل. **وعلى مستوى الفرد**: يمكن اكساب الافراد المهارة والقدرة على مواجهة هذه الضغوط من خلال التدريب المستمر. وجودة ادارة الوقت والتنمية المهنية للافراد العاملين بالمنظمة. وفتح قنوات الاتصال بين جماعات العمل.

9: 11 نموذج دوبرين:

اقترح **دوبرين** المشار اليه في (Brannon & Feist, 2004) عددا من الاساليب التي تساعد الشخص على تجنب ضغوط العمل:

- استخدام التفكير السليم والمبادىء الادارية المتعارف عليها.
- توضيح العلاقة بين السلطة والمسؤولية ووضع الشخص المناسب في المكان المناسب
- خلق وظائف ذات معنى حيث ينخفض الاجهاد عندما يلتزم الافراد بالاعمال التي يقومون بها. ذلك ان الالتزام تجاه العمل (الوظيفة) يرتبط كثيرا بادراك الفرد بأهمية عمله.
- تعديل الهيكل التنظيمي بحيث يسهل انجاز اهداف تنظيم العمل بأبسط صورة ممكنة.
- التعزيز من المؤهلات الشخصية حتى تصبح البدائل أمامك مفتوحة ولا تجد انك وقعت في مصيدة من حالات الاجهاد.
- ممارسة الصحة النفسية السليمة حيث يمكن تخفيف الاجهاد بالحفاظ على صحة جيدة والقيام باعمال ايجابية مفيدة والمحافظة على علاقات طيبة مع الآخرين او القيام باعمال خلاقة ومهام هادفة ذات معنى.

9: 12 نموذج ناش: Nash, 1994 :

وفي تقرير ناش: Nash, 1994 المشار اليه في (حسين وحسين، 2006): حول المؤسسات الحديثة وكيفية تطوير العاملين في مؤسسة العمل والحد من المواقف الضاغطة. تم تحديد ثلاث خطوات رئيسية يمكن للمسؤولين من خلالها تطوير العاملين وتحسين دافعيتهم نحو العمل:

- تخفيض التوتر الذي يعاني منه العامل بمعرفة اسبابه ومحاولة علاجها
- تعاطف الادارة مع العاملين وتقديم كل ما يلزم لهم من امور الرعاية الصحية والنفسية
- تفويض العاملين لعكس الاهتمام المتزايد في المشاركة باتخاذ القرارات التي تعتبر من الامور الدافعة في العمل.

9: 13 نموذج الخالدي:

وقدم الخالدي (2008) نموذجا للتعامل مع الموقف الضاغط: تضمن عددا من استراتيجيات التعامل مع المواقف الضاغطة اشتملت على الآتي:

- التعرف على الضغوطات المكبوتة والوعي بآثارها على حياتنا وانفسنا
- التعرف على ما نستطيع تغييره
- التخفيف من شدة الاستجابات الانفعالية تجاه الضغوط
- نتعلم ان نكون معتدلين في استجاباتنا الجسمية للضغوط
- بناء مخزون جسماني عن طريق ممارسة التمارين الرياضية وتناول اطعمة مغذية ومتوازنة، والمحافظة على وزن مثالي بتجنب التدخين ، والمواد المنشطة. ووضع اوقات للترفيه بجانب اوقات العمل
- المحافظة على المخزون العاطفي في تنمية علاقات وصداقات داعمة ومتابعة اهداف واقعية ذات معنى وتوقع بعض الاحباطات، والفشل احيانا
- دعم الثقة بالذات والكفاءة الذاتية بتعلم استراتيجية التحكم بالذات والنظرة المتفائلة في الحياة والحرص على وجود دعم عاطفي في الحياة.
- وضع برامج لادارة الضغوط مثل: برامج مساعدة الموظفين: وتتضمن تدريب الموظفين بالاسترخاء العضلي والتأمل وادارة الوقت، والتعامل مع المشكلات البينشخصية.
- التغيير في تنظيم المؤسسات: والتأكد من توافق العمل مع قدرات الموظفين وتصميم الاعمال التي تمنح الموظف معنى بحيث يستطيع توظيف مهاراته . واعطاء العامل فرصة المشاركة في اتخاذ القرارات والعمل بما هو لمصلحة عملهم.

10: قائمة المراجع

- امام، حنفي محمود والرمادي، نور احمد (2001). **علم نفس الشواذ**. القاهرة مكتبة الانجلو المصرية.
- انستازي واخرون، (1992). **ميادين علم النفس النظرية والتطبيقية**. ترجمة احمد زكي صالح واخرون(المجلد الثاني). القاهرة: دار المعارف.
- أوتو فنجل، (1999). **نظرية التحليل النفسي في العصاب** (الجزء الاول). ترجمة صلاح مخيمر وعيدة ميخائيل رزق. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية
- بارلو، ديفيد، (2002). **الاضطرابات النفسية: دليل علاجي تفصيلي**. ترجمة واشراف صفوت فرج. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية
- بهنام، رمسيس (1998). **الاجرام والعقاب**. الاسكندرية: منشأة المعارف.
- تايلر، شيلي (2008). **علم النفس الطبي**. ترجمة وسام بريك وفوزي داود. عمان: دار حامد.
- توفلر، الفين (1994). **صدمة المستقبل**. ترجمة محمد على ناصف. القاهرة: دار نهضة مصر للطباعة والنشر.
- ثروت، جلال (1979). **الظاهرة الاجرامية**. الاسكندرية: مؤسسة الثقافة الجامعية
- حسني، محمود نجيب (2004). **المجرمون الشواذ**. القاهرة: دار النهضة العربية
- حسين، طه عبد العظيم، وحسين، سلامة عبد العظيم (2006). **استراتيجيات ادارة الضغوط التربوية والنفسية**. عمان: دار الفكر: ناشرون وموزعون.
- الخالدي، عطا الله فؤاد. (2008). **قضايا ارشادية معاصرة**. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع
- خليفة، احمد (1982). **مقدمة في دراسة السلوك الاجرامي** (الجزء الاول) القاهرة: دار المعارف
- الخوالدة ، نبيلة (2005) . **أثر مصادر ضغوط العمل على الاغتراب المهني في الدوائر الحكومية في ثلاث محافظات (الكرك ، الطفيلة ، معان) في جنوب الأردن** ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة مؤتة : الكرك ، الأردن.
- رضوان، سامر جميل (2009). **علم النفس الاكلينيكي**. العين: دار الكتاب الجامعي
- سلامة، أحمد عبد العزيز (1979). **علم الامراض النفسية والعقلية**. القاهرة: دار النهضة العربية.

- شاهين، محمد أحمد (2007). **فاعلية برنامج تدريبي معرفي في تحسين التفكير العقلاني وتقدير الذات وخفض ضغوط مابعد الصدمة لدى الطلبة الجامعيين في فلسطين.** اطروحة دكتوراه غير منشورة. جامعة عمان العربية للدراسات العليا. الاردن.
- صفوان، مصطفى (1998). **شخصية الحدث الجانح في ضوء النظريات التحليلية النفسية.** مجلة الصحة النفسية. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية المجلد (1)، العدد (1)، ص 104 – 117.
- عارف، محمد (1981). **الجريمة في المجتمع.** القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية
- عبد الخالق، أحمد (1998). قلق الموت قبل العدوان العراقي وبعده لدى طلاب جامعة الكويت. **المجلة العربية للعلوم الانسانية.** 16 (64)، 8 - 52
- عبد الستار، فوزية (1992). **مبادىء علم الاجرام.** القاهرة: دار النهضة العربية
- عبد المعطي، حسن مصطفى (2003). **الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة: الاسباب – التشخيص – العلاج.** القاهرة: دار القاهرة
- عبيد، حسنين ابراهيم (1981). فكرة المصلحة في قانون العقوبات . **المجلة الجنائية القومية.** القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. المجلد (17). العدد (2) ص: 239 - 259
- عريم، عبد الجبار (1995). **نظريات علم الاجرام.** بغداد: مطبعة المعارف
- عنوز، عبد اللطيف (1999) . **الاغتراب المهني ومصادره- دراسة ميدانية حول علاقتهما ببعض المتغيرات الشخصية والتنظيمية في القطاع الصحي الأردني بإقليم الشمال** . مجلة الإدارة العامة ، مجلد39، عدد2 ، ص ص 323-
- غبريال، محمد شفيق (1985). **الموسوعة العربية الميسرة.** القاهرة: دار القلم
- القوصي، عبد العزيز حامد (1980). **الصحة النفسية.** القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- كيراكو، كريس (2004). الضغط والقلق لدى المعلمين. ترجمة وليد العمري. العين: دار الكتاب الجامعي.
- محمد، جلال الدين محمد عبد العال (1987). **دراسة للعوامل النفسية التي تكمن وراء جريمة القتل عند القاتلات المصريات.** رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية التربية. جامعة عين شمس – مصر.
- مخيمر، صلاح (1983). **في علم النفس العام.** القاهرة: مكتبة سعيد رأفت.
- مرسي، سعد (1996). **تطور الفكر التربوي.** القاهرة: مكتبة عالم الكتب.

- نجاتي، محمد عثمان وآخرون (1982). **ملامح جريمة القتل**. القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.
- نعيم، سمير (1989). **الدراسة العلمية للسلوك الاجرامي**. القاهرة: مطبعة دار التأليف
- **يزيد، محمد ابراهيم (1978).** مقدمة في علم الاجرام والسلوك اللااجتماعي. **القتل. القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية**
- اليونيسيف، (1995). **مساعدة الطفل الذي يعاني من الصدمة النفسية. دليل للعاملين الاجتماعيين والصحيين ولمعلمي مرحلة ما قبل المدرسة. المكتب الاقليمي في الشرق الاوسط وشمال افريقيا**. عمان، الاردن
- Amaya – Jackson. L., & March, J. S.; (1995). Post - traumatic stress disorder in anxiety disorder in children and adolescents. Available: **http//www.mentlhealthchannel.net/ptsd.**
- Apley, J. (1995), **The Child with Abdominal pains,**., Oxford, England: Blackwell scientific.
- Arms-worth, M. W., & Hollady, M. (1993). The effect of psychological trauma on children and adolescents. **Journal of counseling & Development.** 72, 49 – 56.
- Arnold, J. et al.;(1997) **Work psychology: Understanding human behavior in the workplace.** London: Financial Times. Pitman publishing.
- Bakal, D. A.;(1999) **Psychology and medicine: Psychological dimensions of health and sickness**. New York: Springer publishing company, Inc.
- Brannon, L., & Feist, J.;(2004) **Health psychology: An introduction to behavior and health**. Australia: Thomson, Wadsworth.
- Carson, C. C.,Butcher, J. N., & Mineka, S.;(2003). **Abnormal psychology and modern life. Boston**: Allyn and Bacon.
- Claar, R.L., Walker, L.S., Smith, C.A. (2002), The influence of Appraisals in understanding children's experiences with medical procedures, **Journal Of Pediatric Psychology,** 7, 553-563.
- Clark, M.R., Treisman, G.J. (2004), **Pain and Depression**, Vol. (25), T.N. Wise Falls Church, va.
- Cohen,B.; (2007). **Crime in America. Perspectives on**

criminal and delinquent behavior. N. Y: Peacock publishers.

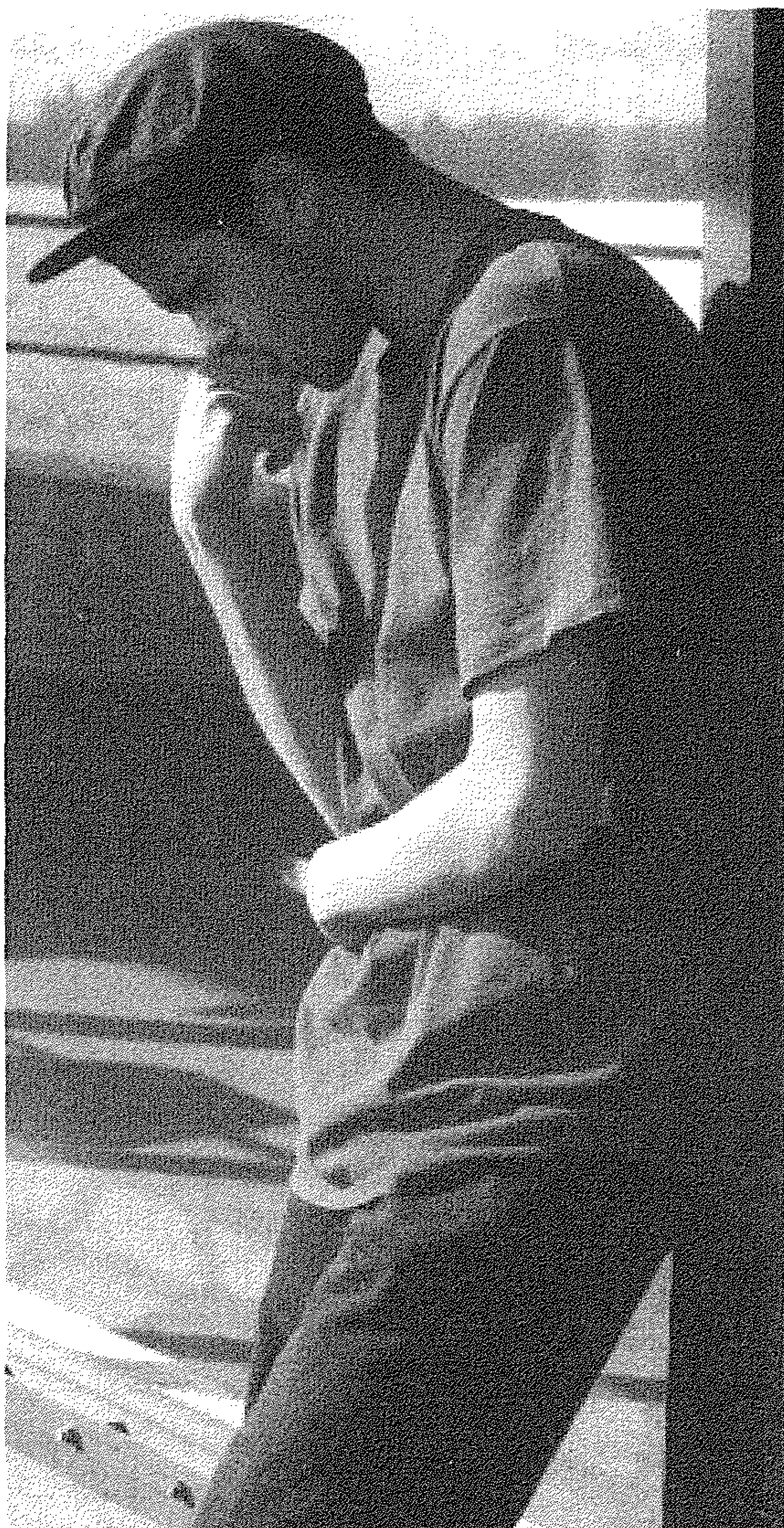
- Comer, R. J., (2004). **Abnormal psychology**. New York: Worth publishers.
- Crane, C.,& Martin, M. (2002), Adultillness behavior: the impact of child hood experience, **Personality And Individual Differences**, 32, 785-798.
- Creamer, M., Burgess, P., & Patison, P., (1994). **Reaction to trauma: Acognitive processing model**. Journal of abnormal psychology, 101, 453 – 459.
- Darpat, T.; (2007). **Suicide in murderers studies in homicide**. New. York: Harper & Row.
- Davison, G. C, & Neale, J. M.;(2004) **Abnormal psychology**. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Dickerson, R.; (2002). Hope and self – esteem as outcome measures of a psychiatric inpatient cognitive – behavioral treatment program, **J. of Clinical psychology.** AAT 3057611, 3004.
- Dumas. J., & Nilsen, W. (2003). **Abnormal child and adolescent psychology**. New York: Ally & Bacon.
- Festinger, L.;(2005). **A Theory of cognitive dissonance.** California: Stanford university press. 1975.
- Fincham, R., & Rohdes, P.; (1996). The individual work and organization: Behavioral studies for business and management. Oxford university press. Oxford.
- Foa, E. B., Stekette, G. S., & Rotbaum, B. O.; (1989). **Behavioral/cognitive conceptualizations of post – traumatic stress disorder**. Behavior therapy. 20, 155 – 176.
- Folkman, S. (1984). **Personal control and stress and coping processes: Theoretical analysis**. Journal of personality and social. 14. 56 – 60.
- Foy, D. W., Osato, S. S., Houstkamp, B. M., & Neumann, D. A.; (1992). **Etiology of posttraumatic stress disorder.** In P. A. Saigh (Ed.) Posttraumatic stress disorder (pp. 28 – 49). New York: Macmillan.

- Furz, D., & Gale, Ch.; (1996). Interpreting management exploring change and complixity. London: International Thomson business press.
- Goodman, J.E., McGrath, P.J.& forward, S.P. (1997), Aggregation of pain complaints and pain related disability and handicap in a community sample. In T.S. Jensen, J.A. Turner and A.K. wiesenfeld – **Halling** (Eds.), Proceedings of the 8th world congress on pain, progress in pain research and management, 673- 682.
- Gordon, J.; (1993). **A Diagnostic approach to organizational behavior**. London: Allyn and Bacon.
- Gurege, O. (2008), Treating chronic pain in the context of comorbid depression. **Journal of Pain**, 134, 3-4.
- Hadfield, J. A.;(2002). **Childhood and Adolescence**. London: Pelican.
- Hall, C., A., & Henderson, C., M.; (1996). Cognitive processing therapy for chronic PTSD from childhood sexual abuse: A case study. **Journal of counseling psychology quarterly**, 9, 359 – 371.
- Hanson, R.W., Gerber, K.E. (1990), **Coping With Chronic Pain: A Guide To Patent Self – Management** pp. 15 – 45. New York: Guilford Press.
- Heiman, P., & Valenstein, A.; (1972). The psychoanalytical concept of aggression. **International journal of psychoanalysis**. 53, 30 – 34.
- Holms, D.;(2001) **Abnormal psychology.** New York: Harper Collins publishers, Inc.
- Humphries, J.,; (1995). **Manage people at work: A practical guide to effective leadership**. London: How to books Ltd.
- Keane, T. M., Zimering, R. T., & Caldell, J. M.; (1985). A **behavioral formulation of posttraumatic stress disorder.** in Vietnam veteran's behavior therapist,8,9–12.
- Kristjansdottir, G. (2000), Familial aggregation and pain theory relating to recurrent pain experience in children. **Acta Pediatr,** 89, 1403 – 1405.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984), **Stress Appraisal And Coping**. New York: Spinger.

- Lefton, L., & Brannon. L.; (2003). **Psychology**. New York: Pearsin Education, Inc.
- Lepore, S. J., Miles, H. J.,& Levy, J. S.; (1997). Relation of chronic and episodic stressors to psychological distress, reactivity, and health problems. **International journal of behavioral medicine**, 4 39 – 59.
- Marx, A. W.;(1998) **Introduction to Psychology: Problems procedures and principles**. New York: McMillan Pub. Co. Inc.
- Miller, P. (1983). **Theories of development psychology.** New York: Witt freeman.
- Nairine, J. S.; (2003). **Psychology: The adaptive mind**. Australia: Thomson. Wadsworth.
- National center for PTSD Fact sheet, 2004
- Nevid, J. S., Rathus, S. A., & Greene, B.; (2003). **Abnormal psychology in achanging world**. New Jersey: Pearson education International.
- Papalia D. E., & Olds S. W.;(2005). Psychology. New York: McGraw – Hill Book Company.
- Paul, J., & Patricia, B.; (2004). Patterns in crime. N. Y: Macmillan company.
- Perquin, C.W. (2000), Hazebroek – Kampschreur, A.A, Hunfled, J.A, el al. Pain in children and adolescents a common experience. **Pain**, 87, 51-58.
- Petersen, S, Bergstrom E, Brulin C. (2006), High prevalence of tiredness and pain in young School children, **Scand J Public Health,** 87, 51 – 8.
- Pike, K. M., Smith, T., Hauger, R., Nicassio, P., Patterson, T. McClintock, J., Costlow, C., & Irwin, M.; (1997). Chronic life stress alters sympathetic, neuroendocrine, and immune responsively to an acute psychological stressor in humans. **Journal of psychosomatic medicine**, 59, 447 – 457.
- Rathus, S., A.; (2002). **Psychology in the new millennium**. New York: Harcourt college publishers.

- Riggio, R., E.; (2000).**Introduction to industrial/ organizational psychology.** New Jersey: Prentice hall, Upper River.
- Rimm, D., Masters, J.; (2009). **Behavior therapy: Techniques and imperical findings**. New York: Academic press.
- Rini, C., Dunkel – Schetter, C., Wedhwa, P., & Sandman, C.; (1999). Psychological adaptation and birth outcomes: The role of personal resources stress, and sociocultural context in pregnancy. **Journal of health psychology**. 18, 333 – 345.
- Schermerhorn, J., Hunt, J., & Osborn, R.,; (2001). **Basic organizational behavior** . New York: John Wiley & Sons Inc.
- Taylor, L. T. (1986). **The psychology of human differences**. New York: Meredith publishing company.
- Thorn, B.E. (2004), **Cognitive Therapy For Chronic Pain**, The Guilford Press.
- Turk, D.C., Flor, H., Rudy, T.E. (1987), Pain and families I. Etiology, maintenance and psychosocial impact, **Pain**, 30, 3-27.
- Turner, R. J., & Loyd, D. A.; (1999). The stress process and social distribution of depression. **Journal of health and social behavior**, 40, 374 – 404.
- Venepalli, N.K., VanTilburg, M.A.L., Whitehead, W.E. (2006), Recurrent Abdominal Pain: what Determines Medical Consulting Behavior/ **Digestive Diseases And Sciences**, 51, 192 – 201.
- Walker, L.S., Levy, R.L., Whitehead, W.E. (2006), Validation of a measure of protective parent Responses to children's pain, chinj, **Pain**, 22, 8 712 – 716.
- Walker, L.S., Smith, C.A., Garber, J., Claar, R., L. (2007), Appraisal and coping with stressors by pediatric patients with chronic Abdominal pain. **Journal Of Pediatric Psychology**, 32 (2), 266 – 216.
- Wood, R., & Gustafson, G. E. ;(2001) **Infant Crying and Adults' Anticipated Care giving Responses: Acoustic and Contextual Influences.** Child Development; v72 n5 p1287-1300 Sep-Oct.
- Wright B. & Weiss, J. P. ;(2000) Social problems. Boston: Little Brown and company.

الوحدة الثالثة : الاضطرابات النفسية والجسمية



الوحدة الثالثة
الاضطرابات النفسية والجسمية

- **الاضطرابات الذهانية**
  - الاضطرابات الذهانية المرتبطة باضطرابات عضوية واضحة
  - الفصام
  - الاضطرابات الذهانية الانفعالية
  - ذهان البارانويد
  - اضطرابات رد الفعل الذهانية
- **الاضطرابات العصابية**
  - عصاب القلق
  - القلق الاجتماعي
  - عصاب المخاوف
  - عصاب الوسواس القهري
  - عصاب الهستيريا
  - الاكتئاب
  - النيوراستينيا
  - عصاب توهم المرض
  - عصاب انعدام الذاتية
- **اضطرابات الوعي**
  - الوعي
  - النوم والاحلام
  - التأمل والاشراف
  - التنويم
  - تعاطي المخدرات
  - التدخين
- **اضطرابات الاكل والنوم**
  - اضطرابات الاكل
  - اضطرابات الاكل وصورة الجسم
  - اضطراب السمنة
  - الضغط والاكل
  - اضطرابات النوم
- **الاضطرابات الجنسية**
  - النشاط الجنسي
  - اثارة الرغبة الجنسية
  - وجهات نظر حول الهوية الجنسية واكتساب أدوار الجنس
  - النمو الانساني
  - الاضطرابات الجنسية
  - البغاء وسلوك القوادة
- **اضطرابات الشخصية**
  - المعايير المميزة في اضطرابات الشخصية
  - تعريف اضطرابات الشخصية
  - انواع اضطرابات الشخصية
  - اضطرابات في نمط الشخصية
  - اضطرابات في سمة الشخصية
  - اضطرابات سيكوسيسيولوجية
  - سوء التوافق المهني، العائلي، الاجتماعي، او الشخصي
- **الاضطرابات النفسجسمية**
  - الاضطرابات النفسجسمية
  - اضطرابات الجهاز الدوري الدموي
  - اضطرابات الجهاز التنفسي
  - اضطرابات الجهاز الهضمي
  - اضطرابات الجهاز الكلوي
  - اضطراب الجهاز التناسلي
  - اضطراب جهاز المناعة
  - اضطراب الجهاز العضلي الهيكلي
  - اضطراب الغدد الصماء (الاندوسيرين)

الوحدة الثالثة
الاضطرابات النفسية والجسمية

1: المقدمة:

1: 1 تمهيد:

عزيزي الدارس: نعرض عليك في هذه الوحدة مجموعة من الاضطرابات التي ترتبط بشكل مباشر او غير مباشر بالجسم وأجزائه او بالحالة النفسية التي تنتاب الافراد في مختلف مواقف الحياة . ونعرض عليك فيها الاضطرابات الذهانية، والعصابية، والوعي، والاكل والنوم، والجنس، والشخصية، والنفس جسمية.

1: 2 الأهداف:

عند الانتهاء من دراستك لهذا الفصل فانه يتوقع ان تكون قادرا على أن:

- تصف الاضطرابات الذهانية المرتبطة باضطرابات عضوية واضحة
- تعرف الفصام
- توضح الاضطرابات الذهانية الانفعالية
- تبين ذهان البارانويد
- تذكر اضطرابات رد الفعل الذهانية
- تعرف عصاب القلق
- تعرف القلق الاجتماعي
- تبين عصاب المخاوف
- توضح عصاب الوسواس القهري
- تبين عصاب الهستيريا
- تعرف الاكتئاب
- تصف النيوراستينيا
- تعرف عصاب توهم المرض
- تعرف عصاب انعدام الذاتية
- تعرف الوعي
- النوم والاحلام
- تصف التأمل والاشراف
- توضح التنويم
- تصف متعاطي المخدرات

- تعرف مكونات التدخين
- تصف اضطرابات الاكل
- توضح العلاقة بين اضطرابات الاكل وصورة الجسم
- تصف اضطراب السمنة
- تبين العلاقة بين الضغط والاكل
- تعرف اضطرابات النوم
- تصف النشاط الجنسي
- توضح اثارة الرغبة الجنسية
- تذكر وجهات نظر حول الهوية الجنسية واكتساب أدوار الجنس
- تصف الاضطرابات الجنسية
- تعرف البغاء
- تصف سلوك القوادة
- تحدد المعايير المميزة في اضطرابات الشخصية
- تعرف اضطرابات الشخصية
- تذكر انواع اضطرابات الشخصية
- تذكر اضطرابات نمط الشخصية
- تذكر اضطرابات سمة الشخصية
- تعرف الاضطرابات السيكوسيسيولوجية
- تبين سوء التوافق المهني، العائلي، الاجتماعي، او الشخصي
- تعرف الاضطرابات النفسجسمية
- تعرف اضطرابات الجهاز الدوري الدموي
- تعرف اضطرابات الجهاز التنفسي
- تعرف اضطرابات الجهاز الهضمي
- تعرف اضطرابات الجهاز الكلوي
- تعرف اضطراب الجهاز التناسلي
- تعرف اضطراب جهاز المناعة
- تعرف اضطراب الجهاز العضلي الهيكلي
- تعرف اضطراب الغدد الصماء (الاندوسيرين)

2: الاضطرابات الذهانية:

2: 1 المقدمة:

الاضطرابات الذهانية اضطرابات نفسية تتميز بعد تكامل شخصية الفرد وتتسم بفقدان اختبار الواقع واضطراب الادراك ونكوص السلوك والمحتوى العقلي المرضي. وقد

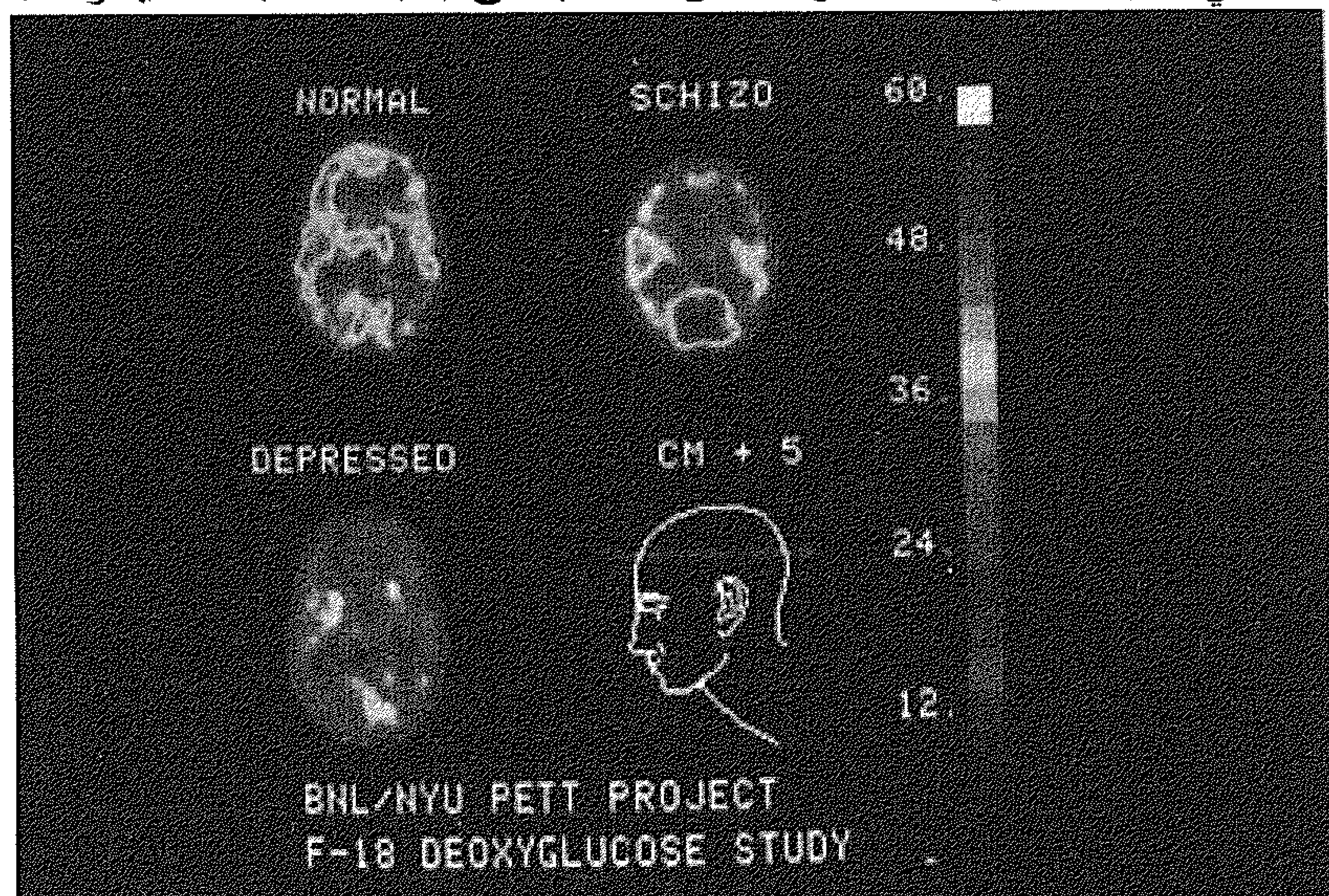
تم تقسيم الاضطرابات الذهانية في هذا الفصل الى اضطرابات ترتبط باضطرابات عضوية واضحة تتميز باضطراب الوعي واضطراب الذاكرة واضطراب الوظائف العقلية كالتعليم والفهم والمعرفة واجراء العمليات الحسابية واضطراب الحكم وسطحية الانفعالات وعدم ثباتها . واضطرابات لا ترتبط باضطرابات عضوية واضحة والتي يسميها المنظرون عادة الاضطرابات الذهانية الوظيفية.

2: 2 الاضطرابات الذهانية المرتبطة باضطرابات عضوية واضحة:

2: 2: 1 خبل الشيخوخة وما قبل الشيخوخة :

أولا: خبل الشيخوخة:

الخبل اضطراب لا شفاء منه يرجع الى ضمور شامل في القشرة المخية وخاصة في الفص الأمامي . والخبل الذي يحدث في سن 65 فأكثر يعرف بخبل الشيخوخة . بينما الخبل الذي يحدث في سن ما بين 40 - وأقل من 65 يسمى بخبل ما قبل الشيخوخة.



وهناك بعض الادلة تشير الى اثر العامل الوراثي في نشأة هذا الاضطراب . اضافة الى الاثر الذي تتركه مجموعة من الاعراض المعدية والصدمات النفسية واسلوب الحياة على الفرد (Nevid, et al., 2003).

أ - الصورة الاكلينيكية للخبل:

يتميز خبل الشيخوخة بمسار متطور بطيء يمر به الفرد عبر مراحل متتابعة ويؤدي به الى اضطراب الخبل (Nevid, et al., 2003):

وتتميز المرحلة الاولى لخبل الشيخوخة بالتغير الفجائي لشخصية المريض فتظهر عليه اعراض العناد والعدوانية وقلة الاهتمامات والتركيز حول اشباع حاجاته ورغباته،

والانانية وزيادة طلب الاهتمام به. والميل الى المغالاة في قيمته. ويظهر على المريض انتعاشا وهدوءا، ويميل الى التفاخر والقوة الجسمية التي يتمتع بها. وتزداد قدرتهم الجنسية. الا ان هناك حالات تظهر عليهم عكس هذه الاعراض مثل الشكوى من الصداع والاحساسات غير السارة في اجزاء مختلفة من جسمه، ويصبح حاقدا ونكدا ومتذمرا ويشكو من قلة الاهتمام به. وتزداد مطالبته في الذهاب الى الطبيب والبحث عن اخصائيين لعلاجه. كما يظهر على المريض اضطراب ذاكرته فيضعف استدعاؤه للحقائق الجديدة من ذاكرته خاصة الاسماء منها. لكنه في الوقت نفسه تتوفر لديه القدرة على استدعاء ماضيه بطريقة جيدة. ومع التقدم في العمر يزداد اضطراب الذاكرة والانتباه وعدم القدرة على التركيز ومتابعة التغيرات التي تحدث من حوله كما يحدث اضطراب في الحركة وتظهر عليه اعراض ارتعاش عضلاته خاصة في اليدين. وضعف في القدرة على المشي.

ومع التقدم في العمر ينتاب المريض تدهور عقلي شديد ويزداد اضطراب ذاكرته حتى انه لا يستطيع استدعاء اسم زوجته واطفاله ولا يستطيع تذكر اسمه. لكنه في الوقت نفسه يتذكر بوضوح خبرات طفولته. ولا يستطيع استدعاء الخبرات القريبة مع الميل لملء ما يكون هناك من فجوات في الذاكرة بمعلومات غير حقيقية وهو ما يطلق عليه اسم الاراجيف. وهو غير قادر على فهم الحديث المجازي ويفشل في رؤية الاشياء المتعارضة في الرسومات او ملاحظة المتناقضات الواضحة. وتزداد حالة النشوة حدة تلك التي بدأت معه في المرحلة الاولى. فيضحك ويصفق ويرقص ولا يستطيع الجلوس دون حركة. ويتشبه بالصغار في ملبسه وتظهر عليه هذاءات توهم المرض وافكار عن التحطيم والتقليل من الذات وتظهر عليه اعراض الاكتئاب. ويشكو من سوء المعاملة. وفي بعض الحالات يشعر وكأنه ميت او بدون قلب او ليس له معدة .



وفي فترة لاحقة ينتاب المريض التعبير القلق، ويقوم بافعال نمطية غير هادفة. فيحرك الاشيء من موضعها. ويصبح نومه سطحيا ومتقطعا. وينقلب توقيته فلا ينام ليلا

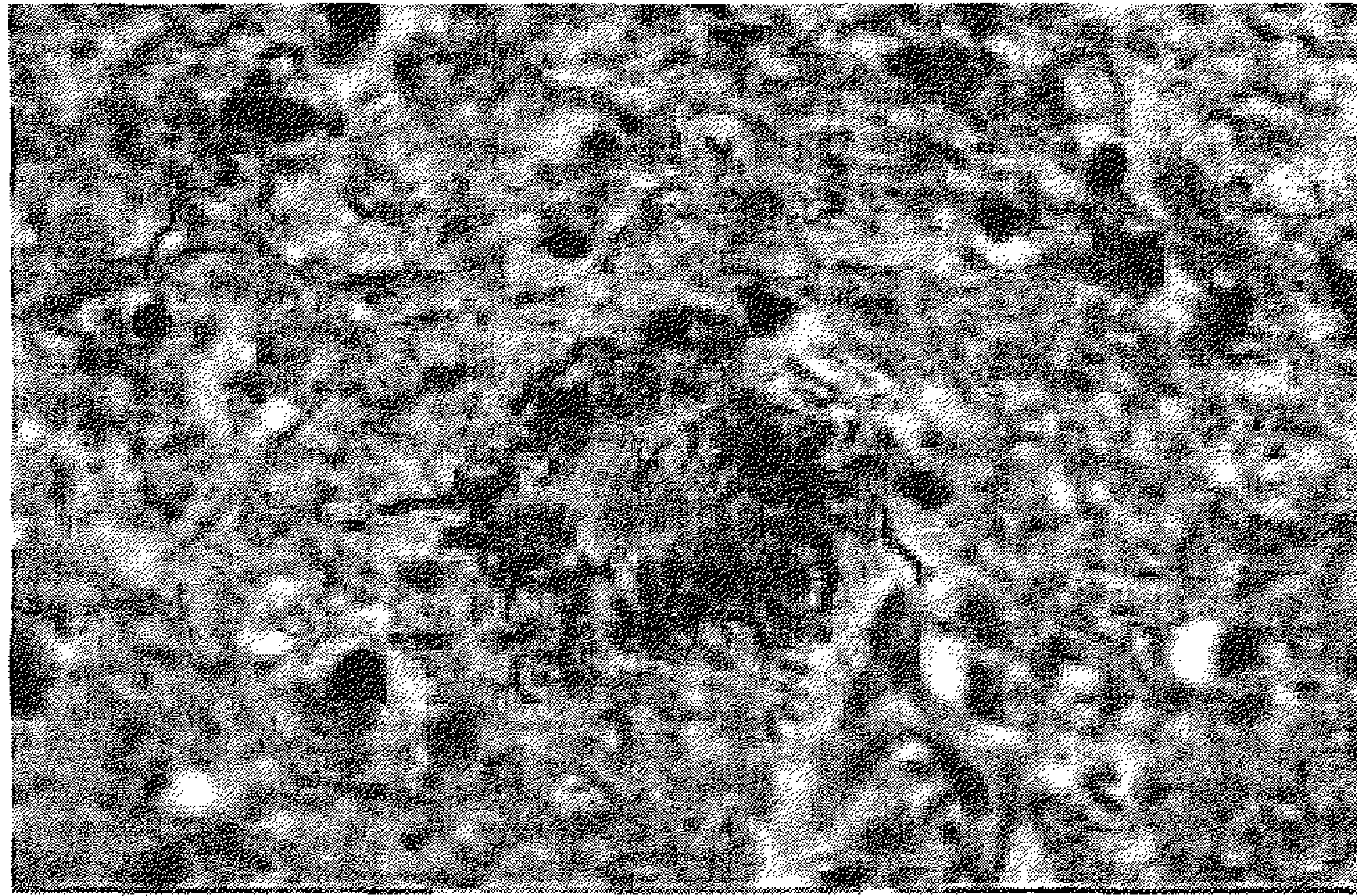
ولكن ينتابه النعاس في النهار. وتظهر عليه نوبات الهذيان وارتباك الوعي. فلا يعي المريض بما حوله. وتظهر عليه الهلاوس البصرية وبعض الاضطرابات الجسمية وضعف في العضلات خاصة عضلات الاطراف السفلى . ويتطور عند المريض الضعف النفسي تدريجيا حتى يصبح غير قادر على التمييز بين ما يمكن اكله وما لا يمكن اكله. ويفقد القدرة على الكلام ولا يستطيع ان يترك الفراش ولا يقاوم اي محاولة لتغيير وضعه. ويحدث اصواتا غامضة ويؤدي كل الوظائف وهو في السرير وتظهر على جسمه قروح وحالات تسمم وتزداد حالته خطرا.

ثانيا: خبل ما قبل الشيخوخة:

في خبل ما قبل الشيخوخة توجد ثلاث حالات في سن ما قبل الشيخوخة والتي تحدث ما بين سن 40 – 65 سنة وهذه الحالات هي(Comer, 2004):

أ مرض الزهيمر:

يعتبر مرض الزهيمر من اكثر اضطرابات الخبل شيوعا قبل سن الشيخوخة. اما اسبابه فغير معروفة. مع ان التقارير قد تحدثت ن وجود عامل وراثي حيث تنتشر التغيرات الباثولوجية في المخ لتشمل الفص الجبهي والصدغي والجداري والعقدة القاعدية. تظهر اعراض هذا المرض في ثلاث مراحل يفقد المريض في **المرحلة الاولى:** ذاكرته ويحدث اضطراب شديد في الوعي المكاني حتى ان المريض قد يظل منزله. **وفي المرحلة الثانية:** تظهر اعراض المرض الرئيسية نتيجة لتلف مناطق معينة في المخ فيظهر فقدان الكلام والعجز عن الحركة. وتظهر اعراض اضطراب الجهاز خارج الهرمي من جمود وتغيير في السير وتحدث التشنجات الصرعية والمصادأة. **اما في المرحلة الثالثة.** حيث الهزال والانحدار الى الحياة الخاملة (Carson, et al., 2003).



ب - مرض الزهايمر Alzheimers disease :

مرض الزهايمر مرض عضوي يصيب المخ فيما بين سن الاربعين والستين. وينتشر على مدى كبير من العمر. فقد يصيب الافراد في مرحلة الرشد. كما قد توجد في

حالات نادرة في مرحلة الطفولة. وان كان عدد من الباحثين من يعتقد بأن هذا المرض لا يصيب الاشخاص في الاغلب قبل سن الاربعين. وتشير الصورة الاكلينيكية لهذا المرض الى اضطراب شديد للذاكرة بحيث يعجز المريض ان يجد طريقه في داخل المنزل ويعاني من البلبلة، ولا يعي الزمان او المكان ويمر بفترات الخلط والهذيان مصحوب بالهلاوس. ويجد صعوبة في الكلمة المنطوقة. وتقوم اعراض هذا المرض بشكل خفي بحيث لا يتم التعرف عليه الا متأخرا. ويبدأ المرض عادة بقصور في الذاكرة بالنسبة للاحداث القريبة. وقصور في درجة كفاية النشاط المعتاد للمريض. فيضع المريض ممتلكاته في غير موضعها. وينسى مواعيده. ويكشف المريض عن نشاط زائد غير هادف في شيء من البلبلة والاضطراب. ويكون سلوكه متكررا نمطيا لا طائل وراءه. فهو يعمد باستمرار الى ترتيب ممتلكاته في اكوام ويعيد حزمها وفكها باستمرار. يفتح ويغلق النوافذ. ويعيد مرات ومرات جملا تعلمها في طفولته بصوت خال من التعبير. وتضعف قدرة المريض على الاحتفاظ بالانتباه. ويصبح اضطراب الذاكرة القريبة والبعيدة واضحا. ويصبح غير قادر على تسمية اقاربه المقربين له وينكص الى مرحلة من الطفولة المتصفة بقلة الحيلة التامة. ويصاحب هذه الاعراض حالة من الاعاقة البدنية مع عدم تآزر حركي وهزال وضعف بدني بحيث يصبح المريض مقعدا في الفراش.

ج - مرض بيك Picks Disease :

هذا المرض يصيب الناس في المرحلة العمرية ما بين سن الاربعين والستين. وربما تحدث الاصابة في سن الخامسة عشرة. وتماثل الصورة الاكلينيكية لهذا المرض تلك الصورة القائمة في مرض الزهايمر خاصة في المراحل المبكرة منه. وتكون اعراضه عادة من نوع تلك الاعراض التي تعتبر من خصائص الامراض العضوية بالمخ. أي في صورة اضطراب في الوظائف العقلية مع تغير في السلوك والحالة الوجدانية. والمؤشرات الاولى لمرض بيك تكون في صورة اضطراب في الانتباه والتركيز مؤديا الى النسيان وفقدان الاهتمامات. والخلط بين الاشياء وفقدان التلقائية والمبادأة بحيث يحتاج المريض الى مساعدة في أدائه لمهام الحياة اليومية مثل ارتداء الملابس وتناول الطعام وغير ذلك. ويكون هناك نكوص الى مرحلة طفلية مع تقلب في المزاج ونمطية في السلوك والكلام ويفتقد تماما الوعي بالزمان والمكان . كما يفتقد الذاكرة للاحداث القريبة والبعيدة وتستمر حياة المريض عند مستوى آلي تماما. وتتصف المراحل النهائية لهذا المرض بضعف بدني وعقلي فيصبح المريض مقعدا في فراشه (Nevid, et al., 2003).

لاحظ ان هناك صعوبة في التمييز بين كل من مرض بيك ومرض الزهايمر. اذ يحدث كل منهما في فترة زمنية متماثلة من العمر. ويتقدم في اطار متماثل ويكشف عن اعراض متماثلة تقريبا.

د - مرض جاكوب كروبنسفيلد:

وهو مرض نادر الحدوث يبدأ في سن ما بين 40 – 50 سنة. ويتميز بالخبل والتقلص والارتعاش وضمور العضلات بسبب التلف الذي يحدث في كل من المخ والنيرونات الحركية السفلى في النخاع الشوكي التي تتأثر بالتلف. ويؤدي هذا المرض الى الموت خلال ستة اشهر وسنتين.

هـ - جاكوب – كريتزفيلدتز Jacob – Crentzfeldts diseaes :

مرض جاكوب – كريتزفيلدتز نوع من ذهان ما قبل الشيخوخة ويعرف بتسميات عدة حيث تحدث التغيرات في الجهاز العصبي بشكل منتشر متضمنة الطبقات السطحية او العميقة من لحاء المخ والعقد القاعدية Basal ganglia ولحاء المخيخ وغير ذلك من مناطق في الجهاز العصبي. ومن مظاهره الاكلينيكية القلق والاكتئاب. وحدوث تدهور متزايد للقدرات العقلية بما في ذلك الذاكرة والحكم والاستبصار مصحوبا بخلط في بعض الأحيان. وتكون المراحل النهائية لهذا المرض في صورة حالة من الخبل التام. وقد تحدث الوفاة على مدى عمري من سنتين الى خمس سنوات. ويصاحب المرض أعراض جسمية تتلخص في تعب وضعف بالساقين. حيث يجد المريض صعوبة في رفع ساقيه ثم يحدث بعد ذلك فقدان واضح في القدرة على الاتزان في المشي ويجد صعوبة في المشي...

و - مرض كوريا هنتنجتون Huntington Chorea :

وصف هذا المرض طبيب أمريكي هو جورج سمنر هنتنجتون George Sumner Huntington عام 1872 ويعزى الى أخوين مصابين بالمرض هاجرا من انجلترا الى الولايات المتحدة الامريكية عام 1630 ويفترض ان جميع المرضى الامريكيين المصابين بهذا المرض ينتمون الى سلالة هذين الاخوين. الا ان هذا القول غير صحيح. فقد تبين وجود حالات من هذا المرض في انحاء عديدة من العالم. كما ان هذا المرض يصيب الملونين ايضا. وتظهر أعراض هذا المرض بين سن الثلاثين والخمسين. وينصح المرض فيه احاطة الشريك بمعلومات وافية عنه والحصول على موافقة تامة للزواج منه. وعلى الزوجين في هذه الحالة عدم انجاب اية ذرية. وتشير الحالة المرضية لهذا النوع من المرض الى وجود صفات وراثية سائدة لدى المريض وتميل شخصيته لأن تكون غير سوية بمقارنتها بالحالة التي لا تحمل الصفات الوراثية السائدة. ولذلك فانه ينتشر بين هذه الحالات ظواهر مثل الجريمة والادمان الكحولي بحيث تكشف هذه الحالات عن نفسها قبل ظهور الخصائص العصبية والاعراض المرضية العقلية بفترة من الزمن. كما يظهر على المريض اضطرابات سلوكية أخرى كالاندفاع. وانفجار الغضب والعنف والفوضى الجنسية. ويشير الباحثون في هذا المجال الى ان افراد العائلة الذين يظهر عليهم المرض يماثلون من حيث التكوين البدني وملامح الوجه الآباء أو الاسلاف ممن كانوا يعانون من المرض على النقيض

من الافراد الاصحاء الذين يماثلون الاباء الاصحاء. كما يبدو على حالات هذا المرض الميل للانتحار. واحيانا ما يحدث الانتحار في وقت مبكر من العمر. وقبل ظهور المرض بوقت كاف قد يصبح المريض سهل الاستثارة متقلب المزاج سيء الطبع. شديد الحساسية مع ظهور معتقدات هذائية. وقد يصبح المريض في حالات أخرى خاملا بطيئا مع الاتساخ المتزايد. وقد تكشف الحالة عن نفسها عقب ضغوط بدنية حادة مثل العمليات الجراحية او عدوى حادة. او عقب التعرض لضغوط نفسية مثل وفاة قريب عزيز. كما قد تظهر على المريض الحركات اللاارادية في الوجه واليدين والكتفين. وقد تكون في صورة عدم سواء في مشيته بحيث تجلب الانتباه اليه. ويكشف المريض عن حالة من الخمول والفتور ويصبح تفكيره مشوشا ويشكو من الشعور بالغباء والبلادة والنسيان. سهل التشتت لا يمكنه التركيز فاقد المبادأة. وقد تنتاب المريض نوبات حادة من عدم الاستقرار وسهولة الاستثارة. ويميل لان يكون مشاغبا عنيفا اذا ما تمت استثارته. وتستغرق مدة المرض ما بين 10 – 15 سنة في المتوسط وغالبا ما تحدث الوفاة قبل بلوغ سن الستين.

2: 2: 2 الذهان الكحولي :

هو اضطراب ذهاني حاد يرجع إلى التوقف عن تعاطي الكحول بعد فترة طويلة من تعاطيه . ويمكن أن يظهر نتيجة الضعف الجسمي الذي تسببه أمراض جسمية كالدوسنتاريا أو الالتهاب الرئوي او إصابة المخ. ويمر بثلاث مراحل. تستمر المرحلة الاولى لثلاثة او اربعة ايام تتميز بالاكتئاب والقلق وثقل الرأس واضطراب النوم وفقدان الشهية. يتبعها اسهال وامساك في بعض الحالات. وتظهر في المرحلة الثانية عند المريض الهلاوس البصرية والتي ترتبط في الغالب برؤية الحيوانات. فقد يرى المريض راس حصان كبير الحجم او لسانا يتدلى من سقف الغرفة. وكذلك يظهر عليه تلبد الوعي والخوف الشديد والاثارة الحركية. كما تتميز هذه المرحلة بارتعاش العضلات الذي يشمل اساسا الوجه خاصة الجفون وطرف اللسان والاصابع عند امتداد اليدين. كما ترتفع درجة حرارته لتصل 39 – 40 درجة مئوية نتيجة اصابته بالالتهاب الرئوي كما يرتفع ضغط الدم ويقل افراز البول ويزداد عدد كرات الدم البيضاء في الجسم. وفي المرحلة تنتهي بهذيان شديد يعقبها نوم عميق لمدة طويلة تتراوح ما بين 12 – 16 سنة وبعد الاستيقاظ تنتاب المريض حالات اكتئاب وغثيان وضعف وارق شديد وتختفي الهلاوس تنتهي بالوفاة. حيث اوضحت الدراسات ان ما بين 10 – 20 من مرضى الذهان الكحولي يتوفون نتيجة اصابتهم بالامراض التي تصاحب اضطراب الذهان الكحولي (Rathus, 1993).

2: 2: 3 الاضطراب الذهاني المرتبط بعدوى المخ :

وهي اضطرابات تكون نتيجة أمراض معدية حادة تصيب الفرد كالأمراض المزمنة مثل السل والتسمم الميكروبي المزمن حيث يحدث ارتفاع في درجات حرارة

الجسم تسبب هذيان الحمى وهذه الهذيانات تمثل مجموعة أعراض هذيانية تصاحبها هلاوس واضحة. كما قد تنشأ مجموعة أعراض الهذيان مع بداية او نهاية المرض المعدى ولا ترتبط بارتفاع درجة حرارة الجسم. كما ان هناك اضطرابات نفس جسمية كثيرة لا يمكن فصلها عن هذيان العدوى. وقد يصاحب الأمراض المعدية طويلة الأمد اضطراب ذهاني اكثر شدة يتضح في تدهور الوعي حيث يفقد المريض إدراك ذاته. وتؤدي الأمراض المعدية خاصة تلك التي يطول المرض بها. إلى مجموعة أعراض الوهن كالإحساس الزائد بالتعب والهزال وعدم القدرة على العمل العقلي والإثارة والبكاء. ومن الاضطرابات التي تندرج تحت هذا النوع: (Scully, et al, 2000)

أولا: الاضطراب الذهاني المرتبط بالزهري :

يؤدي الزهري الذي يصيب الجهاز العصبي في اطواره الاولى الى حالة من الاضطراب تعرف بوهن الزهي. ويتميز هذا المرض باضطراب : النوم والاستثارة وسهولة التعب وتبلد الذاكرة والصداع والغثيان. كما يؤدي الى ارتفاع درجة الحرارة وتضخم الكبد والطحال. وفي المراحل الأخيرة لهذا المرض يؤدي الى الاصابة بعدة أمراض من اهمها(Carson, et al, 2003):

ثانيا: زهري المخ والسحايا أو الشلل العام:

يتضمن تغيرات باثالوجية تغير لون السحايا ويزداد سمكها وضمور تلافيف المخ وخاصة في الثلثين الاماميين منه. واتساع البطينات واستسقاء المخ ليحل محل ما حدث من ضمور. وينتاب المريض في مرحلة المرض الاولى الصداع والضعف العام والتعب بسهولة وينعدم رد فعل انسان العين ويفقد القدرة على ملاحظة الاخطاء وفهم سببها. ويفقد القدرة كذلك على التحكم في سلوكه فيهمل قواعد واداب السلوك. وفي المرحلة الثانية من المرض يصبح الاضطراب اكثر وضوحا فيفقد المريض قدرته على تفقد سلوكه وسلوك الاخرين ويقوم بافعال سخيفة لجذب الانتباه اليه ويهمل في ملبسه ويشبع حاجاته البيولوجية في الاماكن العامة ويتعامل مع الاخرين بغلظة. وتتدهور ذاكرته وينسى المعلومات الحديثة التي اكتسبها بينما يتذكر المعلومات التي اكتسبها في فترة زمنية بعيدة. تظهر عليه كذلك اعراض جسمية مثل صغر حجم انسان العين وعدم انتظامه وارتعاش غير منتظم في الوجه والشفاه واللسان ويؤدي به الى تعسر النطق. وتحدث له نوبات صرع. وشلل نصفي وفقدان الكلام او فقدان نصف المجال البصري. وعدم التحكم في البول. ويزداد عدد خلايا السائل المخي لتصل الى ما بين 100 – 120 في كل مم2. كما يزداد محتوى السائل من البروتين مع ازدياد كمية الجلوبيولينز. وفي المرحلة الثالثة من المرض تتدهور صحته الجسمية والنفسية وتسوء علاقته مع الاخرين ويفقد قدرته على التعرف اليهم كما يفقد القدرة على تمييز الاشباء وينتابه تقلص

في العضلات وهزال جسمي شديد وقرح غرغارينة. ويتوفى المريض من نزيف في المخ او في بعض الامراض المعدية المصاحبة للمرض(سلطان، 1992).

ثالثا: زهري الأعصاب السحائي والأوعية الدموية:

وفي هذا المرض يهاجم الزهري السحايا والاوعية الدموية المخية ويحدث انسداد للشعيرات الدموية مما يسبب تلفا للمنطقة التي تغذيها. والمظهر الشائع لهذا المرض هو حدوث السكتة القلبية فيؤدي الى شلل نصفي واحيانا ترتبط بفقدان الكلام. كما تظهر اعراض اصابة المخ العضوية من اضطراب في الوعي والذاكرة واضطراب في الوظائف العقلية كالتعليم والفهم والمعرفة واجراء العمليات الحسابية.

رابعا: التهاب المخ الوبائي:

يبدأ هذا المرض بالالتهاب الحاد والتبلد والضعف والاكتئاب والصداع. وخلال فترة قصيرة لا تتعدى ثلاثة او اربعة ايام يضطرب نوم المريض فينام نهارا ويستيقظ ليلا ويتدهور وعيه ويظهر لديه الهذيان واضطراب الحس وفقدان الوزن وتشوه المظهر والاحساس بالقلق والخوف. وينتاب المريض حالة من الهياج الحركي تمتد لاسبوعين او ثلاثة اسابيع كما ينتابه الارق والاحساس بعدم الارتياح والسعادة. وتزداد الاضطرابات الانفعالية سوءا وتدهور حركاته الدقيقة ويحدث جمود حركي عام وتصبح حركاته الارادية فجة وغير دقيقة. كما ينتابه حالة من الاكتئاب العام ويفقد كل الاهتمام بمهنته وحياته. واذا ما اصاب هذا المرض الشخص في طفولته فانه يؤدي الى تخلف عقلي

يتسبب هذا المرض من نوع من الفيروسات . ويتكون من التغير الباثولوجي الذي يحدث في المرحلة الحادة للمرض من ظهور رائح خارج الأوعية في المخ والأجهزة الداخلية الأخرى وخاصة الكبد ، وتأخذ الخلايا العصبية في الانتفاخ ثم تضمر. وقد تتلاشى ، الأمر الذي يؤدي الى ما يحدثه هذا المرض من اضطراب . (Kay& Tasman, 2000)

خامسا: التهاب المخ في حالة الأنفلونزا :

هذا المرض لا زال غير معروف في الاوساط الطبية. الا ان هناك افتراض بوجود نوع من الأنفلونزا يصيب المخ مباشرة ويؤدي الى هذا المرض الذي يتخذ صورا عديدة منها:

أ - التهاب المخ النزيفي الحاد:

يبدأ المرض باعراض تشبه امراض الانفلونزا من ضعف عام وقشعريرة واحساسات بعدم الارتياح في مختلف اجزاء الجسم وخاصة في المفاصل الصغيرة.

والتهاب القنوات الهوائية العليا. وبعد اسبوع تقريبا من ظهور علامات المرض الاولى ينتاب المصاب الارق والاحساس بالقلق والخوف والهلاوس. حيث يقوم المريض يصاب بهياج حركي فيندفع في الجري نتيجة تخيله لمخاوف وهلاوس وعدم استقرار حركي ومع تقدم المرض يضطرب الوعي الى درجة الغيبوبة (امام والرمادي، 2001)

ب - التهاب المخ المنتشر:

يشبه هذا المرض كثيرا التهاب المخ النزيفي الحاد ويختلف معه في ان هذا المرض يمكن الشفاء منه. وفي هذا المرض يظهر على المريض حالات الاكتئاب، والقلق، والعصبية، واضطرابات بصرية وصداع وقيء، كما يشكو من اتجاهات عدوانية، وتنتابه افكار الموت يصاحبها افكار هذائية وهلاوس سمعية وبصرية.

ج - التهاب المخ السحائي المحدود:

هذا المرض هو الاكثر حدوثا، ويبدأ بظهور علامات الانفلونزا العادية يعقبها ظهور اعراض اضطراب في القشرة المخية مع ارتفاع في درجة حرارة الجسم لتصل الى 39 درجة. خلال اسبوع. يصاحبها صداع شديد وغثيان وقيء واعراض التهاب القنوات الهوائية كالزكام والكحة، والتهاب اللوزتين واحساسات مؤلمة في البطن. وفي ذروة هذا المرض يلاحظ على المريض اضطراب الوعي وظهور نوبات من الهلاوس البصرية والشكوى من الضبابية والسواد او الدخان في عينيه وتوهم فقدان الوزن وتشوه شكل الاشياء (Sue, et al., 2003).

سادسا: التهاب المخ في حالة الحمى الروماتزمية :

لوحظ وجود حالات من التهاب المخ تصاحب روماتزم المفاصل حيث يظهر على المريض حالات اكتئاب وخوف وعدم استقرار حركي . وقد تحدث هذه المضاعفات أيضا نتيجة الإصابة المباشرة بالمخ. وتظهر اعراض هذا المرض نتيجة الحمى الروماتزمية بالاستثارة وعدم القدرة على بذل المجهود لمدة طويلة مع الصداع والدوخة واضطراب النوم وفقدان الشهية وعدم تحمل الاصوات العالية والضوء الساطع. والارتباك وصعوبة الاداء واضطراب الادراك البصري والمكاني. وعدم الاستقرار الانفعالي. كما تظهر على المريض اعراض المخاوف وردود الفعل الهستيرية ونوبات صرع.

2: 2: 4 الاضطراب الذهاني المرتبط بأمراض أخرى في المخ :

ويندرج تحت هذا النوع من الاضطراب ما يلي :

أولا: الاضطراب الذهاني في حالة تصلب شرايين المخ:

وهو مرض شائع يتميز بزيادة سمك جدران الشرايين وصلابتها . وفقدان مرونتها فيضيق مجرى الدم مما يؤدي الى نقص كمية الدم التي تصل الى المنطقة التي يغذيها الشريان فتبدأ خلايا المنطقة في التدهور والضمور. وعموما فان هذا الاضطراب يظهر في المصاب في عمر ما بين 50 – 65 سنة. وتبدأ اعراضه بتصلب الشرايين بالاحساس بالاجهاد والاستثارة وقلة النوم والصداع والدوار. والقلق والاكتئاب وعدم الاستقرار الانفعالي. ويشكو المريض من النسيان خاصة الاسماء والتواريخ والارقام. وعدم تناسق الكلام. ويزداد المرض مع التقدم في العمر فيظهر عليه اضطراب الذاكرة والانتباه والاكتئاب وتوهم المرض. والاندفاعية والعدوان، والتشكيك باصدقائه واقاربه واهمال ملابسه، وفقدانه القدرة على فهم ما قد يستخدم في الحديث من مجاز (تايلر، 2008)

ثانيا: الاضطراب الذهاني المرتبط بضغط الدم المرتفع :

يلاحظ في هذا المرض اضطراب وظيفة القلب والأوعية الدموية . وتدهور تكوين جدران الأوعية الدموية حيث تأخذ الأوعية الصغيرة شكلا حلزونيا مع وجود المسافات فيها فتتمزق جدرانها مما يؤدي إلى النزيف . ويؤدي الى تدهور الخلايا والوصلات العصبية . وفي المرحلة الاولى من المرض يشكو المريض من الدوخة والصداع ونقط متوهجة امام عينيه والتعب بسرعة والاكتئاب والارق، وتوهم المرض والخوف من الموت المفاجيء. وفي المرحلة الثانية يثبت ضغط الدم المرتفع وتحدث تغيرات شبه ثابتة في القلب وفي شرايين الكليتين والمخ. وانقباض الاوعية الدموية ويصاب الدوخة المفاجئة والصداع والاعياء واضطراب الكلام والهياج الحركي وفقدان الذاكرة. اما في المرحلة الثالثة فيزداد تصلب الشرايين الصغيرة واضطراب واضح في الانسجة التي تغذيها. وتضطرب كفاءة الشرايين التاجية وكذلك في وظيفة الكلية. .(Kay& Tasman, 2000)

وفي هذه المرحلة تحدث الصدمات المخية وتدهور الخلايا والوصلات العصبية وارتفاع ضغط الدم ويتغير لون وجه المريض وينتابه الصداع الحاد وتقل حدة الابصار وتزداد حاجته للتبول ويحس بثقل الرأس وينتابه الصمم ونوبات من الهوس والهذيان. ويضعف نشاط القلب

ثالثا: الاضطراب الذهاني المرتبط بالصرع :

الصرع مفهوم يطلق على طائفة من الأمراض والأعراض الجسمية والنفسية. ترجع كلها برغم اختلافها إلى نوبات من اضطراب نشاط بعض أجزاء المخ. يظهر في هيئة تغير كيميائي . وفي هيئة جهد كهربي غير سوي. وينتشر في موجات مثيرة يمكن تسجيلها برسام المخ . وتنتشر هذه الموجات من البؤر التي تنبعث منها الى أجزاء مختلفة من المخ . ويبدو الصرع في مظاهر عديدة جسمية ونفسية.

يرجع سبب **الصرع الأولي او الذاتي** الى انخفاض عتبة اثارة جزء المخ الذي تشمله الموجة المثيرة. الا ان هناك اسبابا داخل الجمجمة تؤدي الى **الصرع العرضي او الثانوي**: كالامراض التي تشغل حيزا مثل اورام المخ والدمامل، وامراض الاوعية الدموية، واوعية المخ الحادة والمزمنة وارتفاع ضغط الدم وجلطة المخ. وكذلك اصابة المخ مثل اصابات الميلاد. والامراض المعدية كامراض الزهري والتهاب السحايا والمخ، او خبل ما قبل الشيخوخة، وهناك اسباب خارج الجمجمة مثل: نقص الاكسجين في انسجة المخ، بسبب القلق او الاختناق او التسمم بأول اكسيد الكربون، واضطرابات التمثيل الغذائي. كالبوريميا ونقص سكر الدم وهبوط الكبد. او السموم كالكحول والكوكايين والرصاص والاثير. او اسباب غير محددة كالنوبات التي ترتبط بالتسنين والحميات في الطفولة.أو التشنج النفاسي.

يظهر الصرع في صور اكلينيكة مختلفة منها (Nevid, et al., 2003):

أ – الصرع الكبير:

في هذا النوع من الصرع تبدأ مرحلته الاولى بالمرحلة التوترية حيث يفقد المريض شعوره ويسقط فجأة على الارض في حالة تصلب. ويظهر تقلص عضلات الحلق والتنفس وتخرج منه صرخة لا ارادية وتستمر هذه المرحلة من 5 – 40 ثانية. وفي المرحلة الثانية وتسمى بالمرحلة التواترية تحدث فيها تشنجات يتناوب فيها تقلص العضلات وارتخاؤها بسرعة زائدة ويزرق جلدة وقد يعض لسانه ويظهر لعابة على هيئة رغوة من فمه وينساب لواه او برازه وقد يقذف بعضا من سائله المنوي. وتستمر هذه المرحلة من 40 – 60 ثانية. اما في المرحلة الاخيرة فتأخذ الحركات التواترية في الزوال تدريجيا ويأخذ المريض في الاسترخاء ويعود له تنفسه ويفيق من غيبوبته بالتدريج بعد مرور دقائق او ساعات وقد يتبع غيبوبته الماشرة هذه نوم عميق لعدة ساعات (تايلور، 2008)

ب – الصرع الكبير المتواصل:

في هذاالنوع من الصرع فان النوبات الكبيرة تتابع ولا يفصل بعضها عن بعض الا دقائق او ساعات ولا يفيق المريض تماماويبقى في حالة ارتباك دائم. وترتفع حرارته لتصل الى 41 درجة مئويةز وهي حالة خطيرة على المريض.

ج – الصرع الصغير:

هذا النوع من الصرع يفقد فيه المريض شعوره لبضع ثوان يصحبها اختلاجات بسيطة في الوجه والاطراف. وعند حدوث النوبة فان المريض يتوقف عن العمل او

المشي او الكلام ويحدق بعينيه وينظر الى اعلى. وقد تتابع النوبات الصغيرة هذه لتصل الى مائة نوبة في اليوم وبعد انتهاء النوبة يعود المريض للعمل كالمعتاد.

2: 2: 5 الاضطراب الذهاني المرتبط بحالات جسمية أخرى :

تشتمل هذه الاضطرابات على : الاضطراب الذهاني المرتبط باضطراب الغدد الصماء : تكوين شخصية الفرد وعلى العوامل الأخرى التي تؤثر على ذلك آن إفراز الغدد الصماء يؤثر على وظائف المخ وبالتالي على العمليات التنفسية . وتتميز هذه الاضطرابات بعدم الثبات فالآثار النفسية المصاحبة لاضطرابات الغدد تتوقف على فرد نفسه . وهناك عدد من أمراض الغدد الصماء والاضطرابات النفسية المصاحبة لها . مرض جريفز ، الميكسوديما ، التيتساني ، الأكروميجالي ، مجموعة أعراض كشنج ، ، مجموعة الأعراض الجنسية الأدرينالية ، مرض أديسون ، ومرض السكر .

2: 3: الفصام :

2: 3: 1 المقدمة:



الفصام كلمة يونانية الأصل معناها تشقق النفس وتصدع العقل والاستجابة الفصامية اكثر شيوعا في الفترة العمرية ما بين سن 18 – 30 سنة باعتبارها مرضا عقليا واسع الانتشار. يصيب الرجال والنساء على حد سواء.

يعرف الفصام بأنه مجموعة اضطرابات تتميز بالميل المتزايد إلى العزلة وبتناقض الانفعالات وتذبذبها ، وعدم ملاءمتها وتبلدها . كما تظهر الأعراض في صورة نشاط حركي زائد وشاذ . أو عناد يصل أحيانا الى درجة الذهول . وتتضمن الأعراض أيضا سوء تأويل الإدراك والعجز عن التجريد والتفكير غير المترابط وكثرة التكثيف . وعندما توجد هذاءات أو هلاوس فإنها عادة ما تكون غير منتظمة . وورد في قاموس الطب النفسي

تعريفا للفصام على انه اضطراب عقلي مرتبط ببعض النقص التكويني ذي الطابع الفسيولوجي. ومن اهم أعراضه الانسحاب من الواقع والاوهام والهلاوس والهذاءات الاضطهادية وغيرها. كما توجد لدى المصاب اضطرابات في الادراك ترتبط بالنرجسية والجنسية المثلية والشبقية الذاتية ومركب أوديب ونقص في الخلق والتوحد. وعرفه زهران (2005) بأنه مرض ذهاني يؤدي الى عدم انتظام الشخصية والى تدهورها التدريجي. يتميز بالانقصام عن العالم الواقعي والخارجي. انفصام الوصلات النفسية العادية في السلوك. وأكد بيرنهايم ولوين (Bernheim & Lewine, 2001) ان الانفصام او انشقاق العقل في الفصام يرجع الى عاملين هما: الانشقاق عن الواقع والهلاوس والمخاوف والانعزال عن الناس،ن وان هناك فقدانا للترابط يجمع بين العملية العقلية والانفعالية والحركة يؤدي الى انحلال العوامل وتفككها في الشخص نفسه وليس كانفصام عن الناس والعالم فقط.

واشار بارلو (2002) الى الفصام باعتباره احد الامراض العقلية المعروفة. وانه لون من الشذوذ العقلي. ويندرج تحت فئات الامراض النوعية التي لها اسبابها المحدودة. وتعد اضطرابات التفكير سمة رئيسية فيه تؤثر في العمليات العقلية العليا للمصاب. ويرى جلال (1992) ان الاراء التي تحاول تفسير مرض الفصام لازالت مجرد فروض لم تتحقق. وان صدقت على بعض الحالات الا انها لم ترق الى مستوى التعميم. فمرض الفصام تتعدد مظاهره وتصنيفاته.



وفي معرض حديثه عن الفصام، فقد اشار شيلدون Sheldon الى ان كل العلامات السلوكية للذهان قد تظهر في الفصام. فكثيرا ما ينسحب الفصامي من الاتصالات الاجتماعية لفترة زمنية طويلة. ويبدي عمليات انفعالية شاذة تتخذ في الغالب صورة الوجدان المتبلد. ينيمز بالانحرافات الغريبة في التفكير والادراك الحسي.

وعرف كل من بوتزين واكوسيلا والوي (Bootzin , Acocella & Alloy, 2004) الفصام بأنه تسمية معطاة لمجموعة من الامراض الذهانية التي يتميز فيها تدهور الاداء الوظيفي بتشويه وتحريف حاد للتفكير والادراك والمزاج. والسلوك الشاذ الغريب عن الاطوار وبالانسحاب الاجتماعي.

ويرى الباحثون (Carson, et al.; 2003) ان اضطرابات الفصام تعد اكثر مشكلات الطب النفسي وعلم نفس الشواذ صعوبة بسبب المشكلات الاساسية التي لم يتفق عليها علماء النفس. فقد ورد في تعريف الفصام بأنه استجابة نوعية لحالة شديدة من القلق تتأصل في الطفولة. وتنشط بعد ذلك بتأثير العوامل السيكولوجية وتتكون هذه الاستجابة من كثرة تبني الميكانزمات العقلية المنتمية الى المستويات الاولى من التكامل.

2: 3: 2 أعراض الفصام Symptoms of schizophrenia:

قسم عدد من الباحثين الفصام الى مجموعتين هما: مجموعة جوهرية أساسية أو اولية خاصة بالطبع وعلامة مميزة لتطور المرض. ومجموعة أعراض ثانوية مساعدة تلاحظ غالبا في انواع الفصام وربما تحتل واجهة لوحة الاعراض. لكنها قد توجد في مجموعات مرضية أخرى. وخصوصا في انواع الاستجابة العضوية (كمجموعة اعراض المخ الحادة والمزمنة). فيدخل في هذه الاعراض الهلوسات والهذيانات والافكار المرجعية واضطرابات الذاكرة.

وتمثل الاعراض الجوهرية للفصام اضطرابات التداعي والاضطرابات الوجدانية، والتكافؤ الضدي في الوجدان و (أو) الارادة، وأجترار التفكير Autism ، وعيوب الانتباه، واضطرابات الارادة، والتغيرات في الشخص، وجنون الفصام، واضطرابات النشاط (دسوقي، 1979):

وقسم بلوير صور الفصام الى مجموعتين: حادة ومزمنة حسب الاعراض الغالبة في كل حالة مرضية.

وتشتمل **الاعراض الحادة** على الاتي:

- **السوداء Melancholia** : حيث يكثر لدى المصاب بالهذيان وتوهم المرض
- **الهوس Mania**: فالمزاج الوقتي السائد هوائي تدفعه النزوات أكثر منه الانشراح او الفوز. والانسحاب عادة يمكن ملاحظته.
- **الكاتوتونيا**: ويلاحظ على المصاب فتور وارتخاء العضلات أو اعراض افراط حركي أخرى.
- **حالات الهذيان مع هلوسات** – معظمها بصري – واقل نمطية من الهلوسات التي

توجد في الاعراض المزمنة.

- **الرؤوى Twilight states** : بما في ذلك المشاهدات الدينية والحالات الشبيهة بالاحلام حيث تتمثل رغبات ومخاوف المريض بصورة مباشرة او رمزية وكأنها قد تحققت.
- **بطء العمليات العقلية مع عدم القدرة على التصرف في اي موقف معقد نسبيا او غير مألوف**
- الارتباك وعدم الاتساق Confusion incoherence: كنتيجة لتجزؤ الارتباطات يكون الكلام متقطعا، والجمل متكسرة، والنشاط زائد، عشوائي، وبلا هدف.
- **حالات الغضب Anger states**: مع السب واللعن، وانفجارات الغضب التي لا ضابط لها. فيما يتصل بأحداث خارجية لا قيمة لها في الظاهر.
- **مثيرات سنوية Anniversary excitem**: تهيج أحداث لا تظهر الا في تواريخ محددة سنويا. وتتصل عادة بواقعة معينة في ماض المريض.
- **الذهول او الغيبوبة او فقدان الحس**
- **الهذيانات اللااواعية** : شطحات هلوسة حادة تشبه في الغالب هذيان الحمى. تسمى هذه الحالات أحيانا اختلال الاحلام. وتشمل أولئك المرضى الذين يصبحون منبهرين ومتحيرين نتيجة تضييق الشعور. غالبا ما تكون هذه الحالة نتيجة صدمات معينة كالولادة واجهاد ما بعد العملية الجراحية. وخبرات ميدان القتل.
- **حالات الهروب Fugue** : المرور في شطحات متدافعة من التهيج والاستثارة أحيانا كاستجابة لدافع الهلوسة.
- **هوس الادمان Dipsomania**: وهي تدفع حدة المزاج وقلقه ببعض المصابين الى الافراط في الشراب حتى يصيبهم الاجهاد.

أما الصور المزمنة فهي: البارانوية، والكاتاتونية، والمراهقية، والبسيطة

وهناك تقسيمات أخرى لاضطراب الفصام من ابرزها:

- **فصام الطفولة**
- **الفصام شبه العصابي**
- **الفصام المتنقل Ambulatory**
- **الفصام غير المميز**: ويشمل تلك الصور الحادة التي لا تتبلور بوضوح في واحدة من الصور المعروفة
- **الصور المزمنة المختلطة** التي تسمى أحيانا خفية Ltent او اولية ابتدائية

Incipient أو حدية Borderline

- **الفصام الانقسامي للوجدان Achizo – affect** بما فيه من صور السوداء والهوس الذي يبدأ أثناء المراهقة، بحيث ثم لا تلبث ان تميل صورته الوجدانية الى الخمود ليحل محلها هوس المراهقة أو الاعراض الفصامية البسيطة او البارانوثية.
- **الفصام شبه السيكوباتي** مع ميول لا اجتماعية او ضد المجتمع
- **الفصام المترسب Residual** وهي حالات تخفيف او تحسن بين حادثتي ذهان حادتين.

عزيزي الدارس: لما كان اضطراب الفصام من اكثرالاضطرابات العقلية حدة والذي يصاحبه تفكك واضطراب في الاداء الوظيفي. وان اعراضه تؤثر على كل جوانب الحياة العقلية. ورغم اختلاف المنظرين حول تصنيف الفصام وتقسيمه الى مجموعتين او اكثر. ورغم انه لا يوجد فصاميان لديهما نفس الاعراض تماما. الا ان معظم الافراد الذين يعانون من اضطراب الفصام يظهرون مشكلات في التفكير والادراك والعاطفة والدافعية والاحساس بالذات والسلوك.

أولا: اضطرابات التفكيرDisturbance of thought:

يعاني الفصاميون الكثير من الاضطرابات ولكل منها مظاهره الخاصة . واضطراب التفكير يعد من ابرز الاضطرابات التي يعاني منها الفصاميون. خاصة وان لاضطرابات التفكير مظاهره الخاصة التي يمكن من خلالها تشخيص الحالة ومن ثم اتخاذ السبل الكفيلة بعلاجها(اماني والرمادي، 2001)).

ولاضطراب التفكير مظاهر أولية معينة اشار اليها كل من بلوير وماير Mayer & Bleuler تشتمل على ترابط اضطراب التفكير ترابطا منطقيا رغم ارتباط الافكار في ذهن المريض ترابطا خاصا يؤدي الى ذلك النوع غير المفهوم من التفكير. وكذلك اضطراب الادراك الحسي والادراك الاستباقي Apperception واضطراب الشعور وتقدير الواقع والانتباه والارادة.

هذا، وقد حدد ماير اضطراب التفكير بأنه يظهر في فساد الحكم على الاشياء، والاسقاط والهذاءات والشعور بتدخل ما بين المريض وافكاره. وعدم تميز الواقع عن المتخيل . فتكثر الاوهام والهلاوس وآنية التقدير والحكم، واضطراب واضح في الانتباه. واكد هندرسون Henderson على اعتبار الفصام استجابة مرضية . بينما اشار ماير وجروسMayer & Hrossفقد اعتبرا الفصام مجموعة من الامراض العقلية ذات الاعراض النفسية الخاصة التي تؤدي الى اضطراب شخصية المريض. كاضطراب التفكير والانفعال والسلوك الحركي والمعرف للمريض.

أ - انواع اضطرابات التفكير:

- **اضطراب التعبير عن التفكير:** فاذا سألت شخصا مصابا بالفصام سؤالا فانه ربما يجيب عنه اجابة كانت في ذهنه من قبل أولها مدلولا خاصا لديه. او ان هناك اصواتا متشابهة تملى عليه الاجابة او انه يعاني من قوة خارجية تريد تسخيره للعمل بها. أو يجد انه في سباق دائم مع افكاره ويشكو من ازدحام رأسه بأفكاره المتعددة. وعندما تطلب منه الايضاح لها يغجز عن ذلك لعد قدرته عن التعبير الواضح عن افكاره (امام، والرمادي، 2001).
- **اضطراب مجرى التفكير** : فيحدث توقف عن الحديث او سرعة شديدة في اخراج الكلام وبعضه قد يكون غير ذي معنى
- **اضطراب التحكم في التفكير**
- **اضطراب محتوى التفكير**

ب - طرق تفسير اضطراب التفكير:

يمكن تفسير اضطراب التفكير لدى المصابين باضطراب الفصام بطريقتين:

1 - الطريقة الاولى:

تشير الطريقة الاولى الى ان العقل الطبيعي يمتلك آلية منتقاة تمنع وتحد من دخول الافكار غير المرغوب فيها. وعلى سبيل المثال، انك عندما تقرأ كتابا ما، فانك تستطيع ان تلاحظ بارادتك ما يحدث في العالم الخارجي. كشعورك بالجوع مثلا. وانت قادر على توجيه الافكار والتركيز على قراءة الصفحة التي تقرأها وتمنع اي شعور أو تفكير خارجي من التدخل. بينما لا يكون كذلك لدى المصاب باضطراب الفصام. فتزاحم الافكار والمعتقدات والوجدان والشعور – سواء كان داخليا أو خارجيا. وما يثار لديه من شعور داخلي وخارجي لا يستطيع التحكم بها. فيحدث تعطل في القدرة على الاختبار في عقل المريض الفصامي. ويكون غير قادر على التمييز او المقارنة.

2 – الطريقة الثانية:

وبالنظر الى عدم وجود المبادىء الاساسية والتنظيمات المقيدة لتفسير التفكير وطرق الاستيعاب الأفضل للموضوع لدى الفصامي. فانه يكون غير قادر على استخدام طرق الاستيعاب تلك كي يسهل عليه تذكر الموضوع المدروس. وهو عاجز

كذلك على ايجاد طرق لاعادة اتصال الافكار بالواقع. ويصعب عليه ايجاد ترابط بينها يسهل اختزانها وتذكرها بنظام وبناء سليمين.

وكما تلاحظ من طريقتي تفسير اضطراب التفكير لدى المصابين باضطراب الفصام. فان مرضى الفصام يفتقرون الى التفكير السليم المترابط ويحدث الانقسام وتكرار التفكير. فيعاني الفصاميون في اوقات كثيرة من عدم وجود التفكير لديهم.

ج - أعراض اضطراب التفكير لدى المصابين باضطراب الفصام:

حدد الباحثون مجموعة من الاعراض التي يفكر فيها المصابون باضطراب الفصام والمتمثلة في الآتي:

1 – اضطراب محتوى التفكير Disturbance of thought content:

يرى هالجن Halgin ان الهذاءات تمثل اضطرابا في محتوى التفكير المرتبط بالفصام. وان هناك انواعا كثيرة من الهذاءات ترتبط في معظمها بالمعتقدات الخاطئة عن تحليلات تفكير الفرد. اعتقادا منه ان تلك الافكار يمكن ان تدخل او تسحب من العقل بواسطة شخص او قوة خارجية.

2 – اضطراب اسلوب التفكير واللعب والاتصال Disturbance of thought way, playing and contact. :

يعاني الفصاميون من عمليات معرفية غير منظمة او معطلة. وتجعل تفكيرهم يفتقر الى الترابط والمنطق. وتشوه الطريقة التي يعبرون بها من خلال اللغة والتفكيرنتيجة تفكك ارتباطات تلك العمليات المعرفية. بحيث لا يمكن فهم افكاره للاخرين.

3 – اضطرابات الادراك Disturbances of perception:

لا يستطيع الفصاميون التغلب على الادراكات المزيفة في صورة هلاوس لانها تحدث بتلقائية وتكون مؤلمة ومزعجة بدون اي تحذير.

2: 3: 3 الصورة الاكلينيكية للمصابين باضطراب الفصام:

يظهر اضطراب الفصام على المصاب بصورة تدريجية وتكون هناك مرحلة انتقالية تمتد من سنة الى سنتين حيث ينتاب الشخص توتر متزايد وارتباك وتشتت أثناء محادثة الآخرين. وعدم قدرة على مواصلة التفكير. وفي تلك الفترة يكون حديث

المصاب او استجابته للاخرين فيه شيء من الجمود ويبدو وكأنه يتفرس في محاولة منه الى التقاط انتباهه. وتزداد حساسيته للمرئيات والاصوات الخارجية. فيؤدي به الى التشتت. وصعوبة في الاحتفاظ بثبات ادراكي لجسمه والعالم الخارجي من حوله. فيحس وكأن جسمه وأجزاءه قد تغيرت في الحجم او الشكل. وقد ينتقل احساسه هذا الى اجسام الاخرين او الكائنات غير الحية. وتضطرب كذلك ادراكاته السمعية وتبعث على الارتباك. ويصبح ادراكه لما يدور داخل جسمه أمرا يشغله وربما يؤدي قلقه وقصور في الانتباه وانحراف الادراك الى عدم الارتياح المتزايد في علاقاته الشخصية (Nevid, et al., 2003).

وفي مرحلة مبكرة من الاضطراب الفصامي تكون الاعراض اكثر دلالة على العصاب منه على الذهان. حيث تظهر على المصاب اعراض الانعزالية والوحدة وفقدان الامل والكراهية والخوف. ويكون المصاب مشغولا وحالما ولا يعبأ كثيرا باحاسيس الاخرين. ويضعف اهتمامه بما يدور حوله من احداث وفي خططه المستقبلية التي غالبا ما تكون غير واضحة وغير واقعية.

ويعاني المريض من الاحساس بالرفض واللجوء الى العزلة خوفا من توبيخ الآخرين له. وتزداد تلك العزلة عنده فيبقى في حجرته دون ان يظهر اي اهتمام لافراد اسرته، او بميوله التي اعتاد عليها او بمطالب بيئته.

وتتميز انفعالاته بالسطحية وعدم التنوع ويفقد التلقائية والطموح ويبدو عليه اعتقاده بان الاخرين يتحدثون عنه،ن ويهمل اتباع التقاليد ، والاعتناء بمظهره ونظافته. وغالبا ما يكثر الحديث في الموضوعات الجنسية والتفكير بها. كما ينتاب بعض المصابين بالفصام القلق بشأن حالتهم الجسمية. ممايدلل ذلك عن قرب ظهور مرض الفصام خاصة عندما تكون الشكوى غير عادية.

وينشغل المريض في تلك الفترة بالتأملات المجردة وموضوعات ميتافيزيقية كالخلق والسببية او المعتقدات الدينية والتصوف ومشكلات آخرى عديمة المعنى.

هذا، ويمكن ابراز الصورة الاكلينية لمصابي اضطراب الفصام بالنقاط التالية (Schwatz, 2003):

أ - الاضطراب الانفعالي Disturbance of emotion:

لدى انتقال المصاب من المرحلة المبكرة أو ما تسمى بمرحلة الحضانة الى الذهان الواضح فان اعراض التبلد وعدم تجانس الاحساس وخمولها تظهر عليه كما تظهر عليه قلة الاهتمامات من تلك التي يلاحظها في المراحل المبكرة والتي تأخذ في

التطور بحيث يصبح غير قادر عل تنظيم انفعالاته كما يجب. كما يصبح غير مبال بالاتجاهات والقيم وباساسيات الحياة التي تجعل الحياة ذات قيمة فقط. كما ان التعبير الانفعالي غير مرتبط بالواقع من خلال عدم التجانس الانفعالي الذي يظهر عليه. كالابتسامة او الضحك غير الملائم. فتفقد شخصيته تنظيمها.

ب - اضطراب الانتباه Disturbance of attention:

يعاني المصاب باضطراب الفصام من قلة الانتباه، وعدم اهتمامه بالعالم الخارجي وانشغاله بذاته. مما ينعكس ذلك على اجابة المصاب على ما يوجه اليه من اسئلة. حيث تتميز اجاباته بالتفاهة وعدم الصواب نتيجة اهتماماته نحو موضوعات لا تصل اليها الاسئلة العادية.

ج - اضطراب التفكير Disturbance of thought:

في الحالات الطبيعية فان تداعي التفكير يكون متتابعا مرتبطا ارتباطا منطقيا محددا. الا ان عمليات التفكير عند المصاب باضطراب الفصام يكون غير ذلك. فتداعي التفكير لديه مفكك وينقصه الترابط المنطقي المتتابع. بالرغم من ان اضطراب التداعي لا يظهر بوضوح عليه خاصة في المراحل المبكرة الاولى لظهور الاضطراب وقد يستمر هذا الوضوع لفترة طويلة. فيظهر المصاب ارتباطات ضعيفة لتداعي التفكير ثم بعد ذلك يبدأ بالتحدث بعبارات عامة، ومجردة يصعب فهمها. ويبدو عليه صعوبة في التفكير وبطء في مجراه وافتقار في محتوياته فهو تفكير ذاتي غير واقعي تتواقف الفكرة لديه فتنقطع سلسلة التفكير فجأة الى فترة قصيرة وينقطع حديثه تماما. وقد يحدث هذا التوقف عندما يقترب التداعي من موضوع الصراع المؤلم.

وقد يتحدث الفصامي بكلام مليء بالسجع والالفاظ الغريبة الجديدة. وهي كلمات مبتكرة تعبر عن تفكير شاذ غريب الاطوار. غير منطقي للغاية يتحدى فيه قواعد المنطق. وغير متناسق. فيجمع بين فكرتين او كلمتين في واحدة وهو ما يسمى بالتكثيف. او يتعلق بفكرة واحدة ويظل يرددها على وتيرة واحدة. او يقتصر فكره على ترديد ما يقع على سمعه منها وهذا ما يعرف بالمصادأة.

د - الهذاءات Delusions:

تتميز افكار المصاب باضطراب الفصام بهذاءات محددة تتفق مع حاجاته النفسية وفي حدود خبراته مع اهمالها للواقع. وفي المراحل المبكرة للاصابة بالاضطراب تكون الهذاءات غير ثابتة. وقد يكون المصاب في شك من أمر افكاره

الايمائية او عدوان البيئة نحوه. وبعد فترة وجيزة تصبح هذه الهذاءات حقائق واقعية بحيث تتناول في الغالب مشكلات تتعلق بالاتجاهات والدوافع المعطلة والآمال التي أحبطت والاحساس بالذنب وعدم الامن وغيرها من محتوى اللاشعور. والهذاءات اضطرابات في محتوى التفكير. وتعرف بأنها معتقدات خاطئة يعتنقها الشخص بقوة رغم نقص الادلة التي تبررها.ويعتبر الهذاء من الاعراض الثانوية للفصام حيث يأخذ في تطوره دورا غير منتظم فلا يتلاءم الاضطراب فيه مع ظروف الحياة. ويفسر كل من بيرنهايم ولوين Bernheim & Lewine الهذاءات بأنها ناتجة عن ميل الفصاميين الى الخطأ في فهم المعنى الحقيقي للمثير. وهم يقومون بتمثيل الحوادث التي لا تنتمي اليهم في عالم الواقع ولكنهم يؤمنون ايمانا راسخا بصحة الاعتقادات الخاطئة ويرتبونها ولا يحيدون عنها مع استحالة اقناعهم منطقيا بعدم صحتها. وهناك انواع عديدة من الهذاءات من ابرزها (امام، والرمادي، 2001):

- **الهذاءات الجسمية Somatic delusions**: وهي تتضمن معتقدات خاطئة غريبة عن اعمال الجسم.
- **هذاءات توهم المرض Hypochondrical delisions**: وهذه الهذاءات تستحوذ افكار المريض اعتقاد خاطىء بأنه يعاني من مرض خبيث. وانه لا يمكن شفاؤه او يتوهم وجود تورم او آلام في مناطق من جسمه.
- **هذاءات العظمة Delusions of grandeur**: وفي هذا النوع يعتقد المريض اعتقادا جازما بأن شخصيته عظيمة ومرموقة في المجتمع، وانه اذكى واقوى البشر. وانه مطلوب منه انقاذ البشرية . وينسب الفصامي لنفسه عادة بعض القدرات الفائقة غير العادية أو يوجد نفسه مع شخصية مشهورة كملك او شخص ديني او تاريخي مشهور.
- **هذاءات الاضطهاد Delusion of persecution** : وفي هذا النوع يعتقد الشخص ان الاخرين يريدون ايذاءه او تهديده او استغلاله.
- **هذاءات الاشارة او التلميح او المرجع Delusions of reference**: وفي هذا النوع يعتقد المريض ان سلوكه تتحكم فيه قوى غريبة وان الافكار يمكن ان تدخل او تسحب من العقل بواسطة فرد او قوة خارجية او كائنات غير دنيوية تتحكم في مشاعر وافعال الفرد بواسطة رسائل الكترونية ترسل اشارات الى مخ الفرد مباشرة ترتبط مثل هذه التوهمات بتوهمات التأثير وتمثل محاول جاهدة من المريض لتفسير افكاره المضطربة لكي يتفهمها.
- **هذاءات الانعدام Nihilistic Delusions** : وهي اعتقاد المريض بأنه او الاخرين او العالم كله قد توقف عن الوجود. فقد يزعم المريض مثلا انه روح عائدة من عالم الأموات.

- **هذاءات الاثم او الذنب Delusion of sin and guilt:** وهي اعتقاد الفرد انه ارتكب خطيئة لا تغتفر. او انزل ضررا كبيرا بالاخرين.
- **هذاءات الاهمية او المعرفة Delusion of importance or knowledge:** تشبه هذاءات العظمة. حيث يعيش المريض اقتناعا كاملا بأنه على معرفة واتصال بسكان المريخ او القمر او تملك القدرة على كشف العيب.
- **هذاءات التنفيذ Delusionof carrying out:** وفيها يتوهم المريض انه قام بتنفيذ بعض الاعمال والتي تعتبر من صنع خياله فقط. ولا يوجد لها اساس في الواقع.وان لديه قدرات يستطيع بها تنفيذ اي اعمال تطلب منه في زمن قياسي.
- **هذاءات القفز Delusion of jump:** وفيها يتوهم المريض انه امام بحر هائج وانه قفز بداخله من ارتفاع شاهق. كما انه يخاف خوفا شديدا من الاقتراب من مثل هذه الاماكن المرتفعة.

هـ - الهلاوس Hallucination:

يعتبر اضطراب الفصام من الاضطرابات النفسية التي تحدث فيه هلاوس او اسقاط الدوافع والخبرات الداخلية على العالم الخارجي في شكل صور ادراكية مع عدم تلبد الشعور . ولا تختلف الهلاوس في اضطراب الفصام عن الحالات المرضية الاخرى التي تحدث فيها الهلاوس والاسقاطات. فالمحتوى اللاشعوري يظهر ويؤدي الى صور من الادراك استجابة لحاجات ومشكلات نفسية. فالرغبات المنبوذة والاحساسات بالذنب تسقط كهلاوس سمعية تتهم المريض وتنقده. ولا يستطيع المصاب باضطراب الفصام ان يدرك مصدر او دلالة هلاوسه بسبب تفكك شخصيته. مما يجعله يعتقد بصحة هذه الصور من الادراك التي يسقطها ويتقبلها ويستجيب لها. وهو في هذه الحالة غير قادر على التمييز بين الخبرات الذاتية الموضوعية. فيميل نتيجة لذلك الى تغيير الواقع بالهلاوس والهذاءات.

وتشير الدراسات التي اجريت في هذا المجال الى ان الادراكات السمعية قد تبعث على راحة المريض فتمده بالصحبة والنصيحة والاحترام وحتى الاشباع الجنسي. (Schwartz, 2003). ويحددها المريض على انها تمثل اصوات اشخاص ذوي أهمية في حياته كالاباء والاصدقاء. وتبدو وكأنها تحل محل هؤلاء الاشخاص. وتشير الدراسات كذلك ان هذه الهلاوس تنشأ لدى المصاب باضطراب الفصام عندما يفقد علاقة هامة او تكون نتيجة لعزلة المرض او الحاقه بالمستشفى فيحرمه من تلك العلاقة (Comer, 2004).

وغالبا ما تكون هلاوس المصاب بالفصام سمعية يصاحبها توتر انفعالي تحدث تأثيرا تهيجيا على المريض. لا تلبث ان يقل تأثيرها على السلوكك مع مرور الوقت. اما الهلاوس البصرية فتقتصر على المراحل الحادة من المرض.

و - الدافعية:

يؤكد الباحثون على النظر الى السلوك الاندفاعي الفصامي كنتيجة للتناقض الانفعالي وتناقض الاستعدادات الدافعية لدى المريض. ذلك ان كثيرا من اوجه النشاذة والاندفاعية تنشأ من عدم تكامل الدوافع والانفعالات. واكد الباحثون على مفهوم ظاهرة التناقض الدافعي والانفعالي باعتبارها عرضا رئيسيا للفصام. وان الرفض الشعوري وانكار التعبير عن رغبة من الرغبات مع التعبير عنها بطريقة غير مباشرة باسقاطها في صورة هلوسة او هذاء تكون مظهرا من مظاهر التناقض. وقد يظهر التناقض الانفعالي في الخلط غير الثابت من الحب والكراهية والتردد الذي لا حصر له بين العاطفة والعدوان. فيؤدي احيانا الى نوبات اندفاعية.تعطيه احساسا بأن هناك قوى تسيطر عليه. مما يسمح هذا الشعور بقبول افكار او التساهل في انماط سلوك لا تتفق والمعايير الاجتماعية للفرد. دون ان يدرك مسؤوليتها.

ز - الخمود:

ومن اضطرابات النشاط التي تشيع عند المصابين باضطراب الفصام تجنب النشاط التلقائي والمبادأة وظهور حالة من عدم النشاط وهو ما يعرف بالخمود. ويعزو الباحثون هذا التدهور في عادات النشاط الى فقدان المصاب الاهتمام والرغبة في العزلة.

ح - العناد والقابلية للايحاء

يمثل العناد اضطرابا آخر قد يظهر في صورة خلاف مع البيئة، ومعارضة رغبات الآخرين. فيظهر العناد في صورة بكم ورفض الطعام والبلع. وحتى تفريغ البول. وقد يشعر المريض ازاء ذلك وسيلة آمنة للتعبير عن العدوان. الا انه رغم ظاهرة العناد لدى المريض فاننا نلاحظ احيانا نوعا مرضيا في القابلية للايحاء يهدف الى تقليل الاتصال المضطرب بالواقع. فقبول واتباع ما توحى به البيئة دون مناقشة اقل اضطرابا للمريض مما يؤدي اليه معارضتها. وقد يظهر المريض طاعة عمياء للتعليمات دون ان يتساءل عن ملاءمتها او دلالتها. وكأنه يقلد حركة الشخص الذي يتعامل معه وهو ما يعرف بالمصاداة.

ط - الشعور والتكامل

يتميز المريض بتدهور بسيط نسبيا في الشعور او الوعي او الذاكرة. ويتدهور ادراكه للزمن. فلايستطيع تقدير وحدات الزمن بدقة. وغالبا ما يحصل على اجابات

غير صحيحة لاسئلة تتعلق بالوعي. نتيجة العناد وقلة الانتباه. وبسبب اضطراب وظائف الشخصية المعرفية والانفعالية والدافعية يصبح مفهومه عن شؤونه الشخصية وعلاقاته الاجتماعية غير صحيحة وغير ثابتة. ويزداد ميله للانطوائية ويتشوه كل من واقعه الطبيعي والاجتماعي خلال الهذاءات والهلاوس.

ي - التغيرات الجسمية

وفي المراحل المتقدمة للمرض أحيانا بعض الخصائص الجسمية على المريض. مثل عدم الاتزان العام للجهاز العصبي الاوتونومي حيث تكون اليدان والقدمان باردة وذات لون ازرق مع ظهور بقع على الجلد. واتساع انسان العين الذي يضيق عند الفحص بالضوء ثم يعود مرة أخرى الى الاتساع. كما يصاب المريض في المراحل المبكرة للمرض دوار ونوبات من الهستيريا والصرع. وينقص وزنه مع وصول المرض الى مراحلة الحادة.

2: 3: 4 أنواع الفصام Type of schizophrenia:

اختلف الباحثون في تصنيفهم للفصام. فمنهم صنف الفصام في ثمانية انماط رئيسية هي الفصام البسيط ، والهايبرفيني، والكتاتوني، والذهول الكتاتوني، والهياج، وفصام البارانويد، والفصام الانفعالي، ونوبات الفصام الحادة، والفصام المتبقي. وعرض فريق آخر تقسيم الفصام لأنواع فرعية استنادا الى دراسات حديثة التي تستند الى عدد من الخصائص التي تميز كل واحد عن الآخر آخذين بعين الاعتبار ان مرضى الفصام قد تظهر عليهم خصائص اكثر من نمط واحد كما قد تظهر عليهم الخصائص الرئيسية لنمط من الفصام وفي وقت آخر قد تظهر عليه خصائص نمط اخر. وهذه الانماط هي على النحو الاتي (Holms, 2001):

أولا: الفصام البسيط:

يتميز الفصام البسيط بظهور اضطرابات الفصام بشكل واضح في انفعالات المصاب واهتماماته ونشاطه. وتكون الهلاوس نادرة وكذلك الهذاءات. ويظهر الاضطراب عادة بشكل تدريجي. وعلى سبيل المثال فان الشخص الذي اظهر تقدما في دراسته او عمله يبدأ في فقد الاهتمام بتلك الدراسة او العمل وتصبح انفعالاته غير ثابتة ويبدو كسولا وفي حالة استثارة وتصبح اهدافه غير واقعية. ويظهر ضعف شخصيته وهي الخاصية السائدة في هذا النمط من الفصام وتكون انفعالاته سطحية وتضعف ارادته. ولا يعبأ بنقد الاخرين له. ويفقد تقديره للقيم الاخلاقية وغير مسؤول ومتشرد او منحرف. ورغم كل هذه المظاهر فان المريض يستطيع القيام ببعض الاعمال البسيطة فقط وتحت اشراف الاخرين.

ثانيا: الفصام الهايبرفيني :

غالبا ما يبدأ هذا النمط مع بداية مرحلة المراهقة. وقد يظهر سريعا ويتميز بالاكتئاب. وتكون الاستجابة الانفعالية سطحية وغير ملائمة. وتظهر الهلاوس والهذاءات وتكون عمليات التداعي مفككة وكلامه غير متناسق. وتشيع اللغة المبتكرة عنده وتغلب عليها النمطية. كما تسود لديه الخصائص النكوصية فيشيع البلل والاتساخ ولا يلتزم بأداب الاكل وتصبح حياته متميزة بالذاتية وانطوائية وغير متعاونة.

ثالثا: الفصام الكتاتوني :

يظهر هذا النمط في الغالب ما بين سن 15 و25 سنة. ويتميز بأطوار من الذهول والهياج يرافقها العناد والذاتية. وقلة الحركة احيانا والنشاط الاندفاعي الزائد أحيانا أخرى. وتظهر الكتاتونية في الغالب بشكل حاد يسبقها خبرة انفعالية مؤلمة. وهو عدة انواع منها:

أ - الذهول الكتاتوني Catatonic stuper :

وهو حالة تتضاءل فيها الحركة والقدرة على الاستجابة للبيئة بدرجة كبيرة. ويسبق هذا النمط من الفصام الاكتئاب او عدم الرضا حيث يميل المريض الى الابتعاد عن الاخرين. وتتميز استجاباته بفقدان الاهتمام وعدم الانتباه. والانشغال والافتقار الانفعالي. ويصبح حالما وابكم ويعتري وجهه الجمود وقد يغمض عينيه لكنه يحدق الى الاسفل ويقف في معظم الاحيان دون حركة طوال اليوم ونادرا ما يتنقل من مكانه. وقد يمضي يومه جالسا على حافة الكرسي او جالسا القرفصاء على الارض.ويفقد احساسه بالواقع وينكر عالمه ويقاوم البيئة ويعارض اي محاولة لتحريكه عن موضعه الذي يتخذه لاشهر. ويرفض وضع الثياب او تناول الطعام لكنه اذا ما اعتقد بأن احد يلاحقه فانه يأكل الطعام بشراهة. ويهمل نظافته وتشيع عنده الايماءات والتجهم. وتستمر التوترات العضلية عنده. وقد يقوم بتنفيذ اي تعليمات بغض النظر عن سخافتها وخطورتها. ولا يظهر استجابات تجنبية لأي مثيرات مؤلمة.

وبالرغم من ان المريض لا يعطي اي دليل على انه على وعي مما يحدث له. الا انه يلاحظ حقيقة الاحداث التي تدور من حوله. ويمكنه ازاء ذلك سرد تفاصيل كل ما حدث له اثناء حالة الذهول.

ب - السلبية الكتاتونية Catatonic negativism:

وهي المقاومة غير الهادفة لكل التعليمات او محاولات تحريك المريض.

ج – التصلب الكتاتوني Catatonic rigidity:

وهو المحافظة على وضع متصلب يقاوم محاولات تحريكه

د - الهياج الكتاتوني Catatonic rage:

وهو السلوك الحركي المضطرب الذي ليس له هدف ظاهري ولم يستثار بمثيرات خارجية. ويتميز هذا النمط من اضطراب الفصام بالنشاط العدواني غير المنظم. دون التأثر بالمثيرات الخارجية ودون اي هدف لكنه يظهر سلوكا اندفاعيا لا يمكن التنبؤ به. دون انذار مسبق او سبب واضح له. فقد يهاجم شخصا يقف بجواره او يكسر نافذة او يمزق ثيابه ويبقى عريانا ويهمل النظافة ويظهر العناد بشكل ملحوظ عليه. وينتقل في حديثه من من حالة البكم الى تطاير الافكار ويتضح لديه التصنع والنمطية والرتابة والتجهم. وقد يستجيب للهلاوس البصرية او السمعية المخيفة. ويشيع العدوان والاحساس بالاستياء، وينتابه الارق والهذيان، ويرفض الطعام ويصبح في حالة اجهاد. ويفقد وزنه بسرعة. كما سجلت حالات وفاة لهذا النمط من الفصام دون معرفة سبب باثولوجي لتفسير الوفاة (Holms, 2001).

د – الوضعية الكتاتونية Catatonic posture:

وهي اتخاذ المريض لأوضاع ارادية غريبة الشكل. تتميز بحالة ذهول يقاوم فيها المريض اي جهد من جانب الاخرين لتحويل اطرافهم وهي سمة معروفة باسم التصلب الكتاتوني. حيث ينفصل فيها عن الواقع، وغير مدرك لما يدور حوله أو ان يفعل ما هو مطلوب منه. لكنه بالمقابل يفعل العكس دائما، تماما مما يدل على انهم يفهمونها فهما جيدا.

رابعا: الفصام غير المنتظم Disorganized scgophrenia:

يتميز هذا النمط بعدم إتساق الافكار او فقد روابط التفكير او السلوك الواضح مما يشبه طفلا يبلغ من العمر سبع سنوات. وتبلد الوجدان او عدم تناسبه الواضح وعدم نضج القدرة على التعبير عن النفس. ولا تتفق مواصفات هذا النمط مع النوع الكتاتوني. كما يتميز هذا النمط كذلك بالقهقهة الشرسة، واتخاذ وقفات سخيفة، تشبه الى حد بعيد الطفل الذي يحاول التمرد على والديه. وينطق بكلمات جديدة غريبة شاذة. تظهر عليه البلاهة بشكل دائم.

وطبقا للتعديل التشخيصي الاحصائي الثالث المعدل لتشخيص الفصام، فان هناك عرضين يميزان الفصام غير المنتظم هما (عكاشة 2003):

- **العرض الاول:** وهو عدم الترابط الواضح للكلام بحيث ينتج الفاظا وكلمات جديدة وارتباطات رنين وسلطة كلامية ويبدأ في سن مبكرة على شكل كابوس مستمر
- **العرض الثاني:** وهو العاطفة المضطربة التي تتخذ في العادة صورة قهقهة غير لائقة وسخافة وبلاهة دائمة.

وبصفة عامة فان الفصام غير المنتظم يتميز بسلسلة من الاعراض المتباينة. والتي تتسم بالسلوك الحركي الغريب والشاذ بشكل ملفت للنظر. واضطراب بارز في الادراك والتفكير . وتوهمات الهلاوس التي تركز في الغالب على الجنس او الدين او الاضطهاد او الاذى الجسمي. يظهر انسحابا حادا وانعزالا الى العالم الخاص بالمريض. لا يكترث بما يجري حوله من احداث. وكلامه غير مترابط ومفكك يخلو من المنطق وسلوك منحل غير منظم. يظهر استجابات انفعالية غير ملائمة لا يمكن التنبؤ بها. يعاني من ضلالات وهلاوس. غريب الاطوار يظهر سلوكيات غريبة وتعبيرات وجه غريبة.

خامسا: فصام البارانويد Paranoid schizophrenia:

الهذاءات تعد من الخصائص الواضحة لهذا النمط من الفصام. وكذلك الهلاوس واضطراب التداعي والانفعال والعناد. وافتقار في العلاقات الطيبة مع الاخرين. والبرود والعزلة والتشكك والاستياء، والعنف وكثرة الجدل والاستهزاء والتهكم من السلطة. وتظهر صورة المريض واضحة في هذا النمط من الفصام في سن الثلاثين حيث تصبح اتجاهاته السلبية أكثر وضوحا. وتظهر الافكار الايمائية في المراحل الاولى لهذا النمط. كما يظهر تفكك التداعي والعدوان الانفعالي غير السار. ويتفكك ارتباطه بالواقع وتصبح هذاءاته عديدة ومتغيرة. وتشيع عنده افكار تحقيق الرغبات وتوهم المرض. وتصبح معتقداته الهذائية اقل منطقية وتعبيراته اللغوية غير ملائمة ومبتكرة. ويصبح خاضعا للقوى السحرية الغامضة وتصبح تفسيراته غامضة وغير منطقية. وتنطلق ميوله العدوانية المكبوتة على شكل نوبات شديدة. وقد يعيش في حالة عزلة مريرة. وتحدث له هلاوس سمعية مقرونة بالتهديد والاتهام ويتطور تفكك شخصيته وتصبح استجاباته الانفعالية اكثر تبلدا. وتشيع عنده النمطية والتبلد وعدم التناسق(Holms, 2001)

وتتوفر في الفصام البارنوني الخصائص التالية:

- الانشغال (انشغال التفكي) بواحدة او اكثر من الضلالات المنتظمة، او وجود هلاوس سمعية متكررة تمت كلها لموضوع واحد.

- عدم وجود اي من عدم اتساق التفكير، او الفقد الملحوظ في روابط التفكير او تبلد الوجدان،

سادسا: الفصام الانفعالي:

يتميز هذا النمط من اضطراب الفصام بنوبات يظهر فيها خليط من الاعراض الفصامية والانفعالية. وقد يظهر المحتوى العقلي للمريض اهمال الواقع لكنه يتسم انفعاله بالمرح او الاكتئاب. ويظهر القلق واعراض عصابية عديدة ومثل هؤلاء يرفضون عادة العلاج.

سابعا: الفصام غير المتميز Undifferentiated schizophrenia

يتميز هذا النمط من الفصام بضلالات وهلاوس بارزة وعدم اتساق في التفكير واختلال واضح في السلوك، ويعتبر هذاالنمط من الفصام عبارة عن فئة من المرضى الذين يتوافقون مع اكثر من فئة واحدة من انواع الفصام. وان العديد من مرضى الفصام تظهر لديهم جوانب من اكثر من نوع واحد فرعي من انماط الفصام. وكثير من هؤلاء تتغير اعراض الفصام لديهم من نمط الى آخر على مر الزمن.

ثامنا: نوبات الفصام الحادة:

يتميز هذا النمط من اضطراب الفصام بحدة النشاط وارتباك التفكير والاضطراب الانفعالي الذي يظهر في الحيرة والقلق والافكار الايمائية ومظاهر التفكك. كما يتضمن حالات تظهر عليها أعراض فصامية لا تدخل ضمن الانماط التي ذكرت سابقا. ويظهر الهياج والاكتئاب، والتي غالبا ما تختفي بعد فترة وجيزة. ولكن اذا طالت واستمرت فان الصورة الاكلينيكية تأخذ احد الانماط السابقة

2: 4: الاضطرابات الذهانية الانفعالية :

هي اضطرابات نفسية تتميز باضطراب شديد في الانفعالات . وتشمل في معظم الأحيان الاكتئاب والقلق ، والمرح والهياج ويصاحبها اضطراب أو أكثر كالهذاء والحيرة واضطراب الاتجاه نحو الذات واضطراب الإدراك . ويكون لدى المريض ميل شديد نحو الانتحار . ومن الاضطرابات الذهانية الانفعالية ما يلي (Nairine, 2003):

2: 4: 1 اضطراب الهوس الاكتئابي :

يتميز هذا الاضطراب بزيادة او قلة كل من نشاط المريض وتفكيره. وينتابه حالة من المرح أو الاكتئاب وقد أطلق كرابلين على هذا النوع من الاضطراب باضطراب الهوس الاكتئابي. مشيرا الى انها مظاهر مختلفة لعملية شاذة واحدة تقوم على محددات فسيولوجية.

وتشير الدراسات الى شيوع حدوث اضطراب الهوس الاكتئابي بين افراد الاسرة الواحدة نتيجة وجود عامل وراثي. واوضحت تلك الدراسات الى ان اضطراب الهوس الاكتئابي يحدث بين الطبقات العليا بمقدار ثلاثة اضعاف حدوثه بين المجموع العام. ويفوق شيوعه بين الاناث عن الذكور. كما اوضحت وجود علاقة ذات دلالة بين اضطراب الهوس الاكتئابي وبين البناء الجسمي البدينن للشخص. ويتسم المريض بالاكتئاب قبل اصابته باضطراب الهوس الاكتئابي او المرح والاثارة الدورية للانفعال. وغالبا ما تظهر النوبة الاولى للمرض ما بين سن 20 – 35 سنة. نتيجة اضطراب العمليات الكيميائية او التنظيمية في الجسم. ويرى آخرون ان اضطراب الهوس الاكتئابي ما هو الا جزء من الاستجابة النفسية البيولوجية للمريض.

ويعتقد الاطباء بأن هناك عوامل وراثية وتكوينية لاضطراب الهوس الاكتئابي باعتبار ان المريض يستجيب لعلاج الصدمات الكهربائية وعقاقير الامينودايبنزول المضادة للاكتئاب. ومن خلال الملاحظات السريرية لمرضى اضطراب الهوس الاكتئابي فانهم يظهرون حالة من الهوس بعد فترة قصيرة من اعطائهم عقار الامبيرامين وغيره من العقاقير المشابهة. وان العمليات البيولوجية تقوم بدور هام في حدوث حالات الذهان الانفعالي.

أولا: الصورة الاكلينيكية لاضطراب الهوس الاكتئابي:

اشار الباحثون الى تصنيف الهوس الاكتئابي الى انماط ثلاثة هي (Nevid, et al., 2003):

أ - النمط الهوسي:

يتميز هذا النمط برضا المصاب عن نفسه وبالثقة في النفس والعدوان والانبساط. ويميل الى تبديد طاقته في اهتمامات عديدة. ويتميز اتجاهه الانفعالي بالتعبير والاستجابة. ويسبق نوبة الهوس اكتئاب بسيط تستمر عدة ايام فقط يتبعها ابتهاج او اثارة بسيطة . واحيانا تستمر في صورة خفيفة لتعرف عندئذ باضطراب الهوس البسيط. حيث يتسم المريض بخفة الروح واللطافة والرضا عن الذات والثقة بالنفس والطاقة التي لا حدود لها. ويتميز بالافكار والعاطفة الفياضة دون التزام في حديثه بالتقاليد. وهو محب لذاته ويتفاخر بطلية ولا يتحمل النقد. عدواني ثرثار ويحب الجدال. ينفق نقوده باسراف، يتحدث كثيرا عن خطط طموحة. ويبدأ في مشروعاته التي سرعان ما يفشل فيها او يهجرها. تتميز احاديثه بسرد الاحداث والظروف الاجتماعية للاخرين. يسهل تشتيت انتباهه وتفكيره عرضة للشرود. وعمليات تفكيره سريعة. ويشيع التذبذب الانفعالي الفجائي. يعمل بطاقة وحماسة كبيرين لكنه متقلب، وفضولي ومتطفل، يزعج من حوله. يناقش الغرباء بدون تحفظ في اموره الخاصة. شبقي. يتميز ايقاع الشخصية بالسرعة. فيأخذ بالغناء والرقص والصفير والابتهاج الى حد الازعاج. يثير مرحه افكارا من العظمة، وقد يتخلل الابتهاج غضب واستثارة وحتى شراسة اذا رفض

له طلب. يوجه الشتائم الى الشخص الذي قد يحس نحوه بالاستياء. متعجرف يميل للانتقام والتهكم. يحس بالابتهاج عندما يعبر عما يحس به من عدوان وكراهية . يتميز بسرعة تداعي الافكار يتحدث بنطق واضح وقوي وبلهجة تأكيدية مع تغيير في شدة صوته. يتخذ في حديثه الاسلوب المسرحي الحماسي.

وعندما ينتقل المريض من حالة الهوس البسيط الى حالة الهوس الحاد يتطور ضغط الكلام الى تطاير في الافكار ، وينشغل بالالفاظ دون المعاني. يتميز بالنشاط الزائد، فيغني ويصرخ ويتظاهر باتجاهات تمثيلية. ينام قليلا دون ان يظهر عليه التعب. لا يعطي اي اهتمام للجروح ويرفض علاجها. يبتلع كميات كبيرة من الطعام في حالة الاثارة. يقومم بتزيين نفسه بالحلي والشارات والميداليات. واحيانا يمزق ثيابه ويأخذ بتزيين نفسه بها بطريقة مضحكة. ويكون انتباهه بالاضطراب الشديد. والضوضاء تشتت انتباهه فيفشل في التعرف على الآخرين. يبقى على وعي جيد لكنه قد يخطىء في وعيه ببيئته بسبب تشتت الانتباه. تكون هلاوسه عابرة وغير منتظمة في صورة خداعات ذات طبيعة محققة للرغبات. وقد يفقد المريض من وزنه بسبب ما يفقده من طاقة في حالة الهياج الشديد. وقد ينتابه حالة من الجفاف قد تؤدي به الى وجود مضاعفات من العدوى.

ب - النمط الاكتئابي:

يتميز هذا النمط من الاضطراب بشدة الحياء ، والود مع الاحساس بعدم الامن والاعتماد الزائد على الاخرين. وعدم الفضول. يتأثر بالاستجابات الانفعالية. يتميز بالشكوك وجمود المعايير الاخلاقية والاداب، يلوم الذات، حساس للنقد، متردد، تنقصه الشجاعة، يخشى المواقف. يحتاج الى الحب والاحترام والائتمانية. هذا، وقد تحدث الباحثون الى وجود انماط ثلاثة للاكتئاب هي:

1 - الاكتئاب البسيط:

في هذا االنمط يفقد المريض الثقة في نفسه، كما يفقد طعم الحياة ، ويشعر بعدم الاهمية والاجهاد ، يظهر نفورا متزايدا للنشاط، يجد صعوبة في القيام بواجباته العادية، تنتابه الشكوك والمخاوف، يظهر قلقا على اسرته، يصعب عليه التفكير، وكلامه التلقائي محدود، تتأخر اجاباته عن الاسئلة وان اجاب عنها فيجيب باختصار شديد. يميل الى عدم الافصاح عن افكاره الخاصة، لا يسعى للاتصال بالاخرين، ويظهر اصرارا على عدم مقابلتهم. قد يشكو من مرض جسمي ليخفي حالة اكتئاب عنده. تنتابه افكار مختلفة من توهم المرض. فيشعر بالضعف والاجهاد، يعاني من الصداع ، وربما اضطراب في القلب او المعدة.

2 - الاكتئاب الحاد:

يتيميز المريض بانحناء جسمه وانثناء رأسه وجمود وجهه وتجاعيد جبهته. يعتريه تعبير مضطرب وحائر، يفقد وزنه، يبدو عليلا، ينقص افراز العرق ، ويقل

توتره العضلي، ينتابه الامساك، وتقل رغبته الجنسية، ينتابه العنة ، ويضطرب نومه، يستيقظ مبكرا، ينتابه الخوف الشديد والاحساس بتوقع حدوث الكوارث. يتجه نحو الاستسلام، ويتبلد شعوره، وينتابه الارتباك.

3 - الاكتئاب الذهولي:

يتميز هذا النمط بأنه اشد حالات الاكتئاب، حيث يضعف النشاط الحركي للمريض، ويلزم فراشه، لا يتحرك، لا يتكلم، لا يأكل، يضطرب نومه، لا ينتبه الى الحديث، او اي شيء يحيط به، يتبلد شعوره، شديد الانشغال بافكار الموت وهلاوس الاحلام. لا يحافظ على نظافته.

ج - النمط الدوري:

قد يعاني بعض المصابين باضطراب الهوس الاكتئابي نوبات متبادلة من الهوس والاكتئاب. وقد تكون النوبات متلاحقة تفصل بينه فترات قصيرة او طويلة يتحسن خلالها المريض. وتحدث اول نوبة من الهوس لدى المريض في سن 20 و25 سنة بينما تحدث النوبة الاولى للاكتئاب في سن الخامسة والثلاثين تقريبا. وكلما كانت النوبة مبكرة كان مسار المرض سيئا حيث يتبعها نوبات اخرى . فاذا كانت النوبة الاولى من نمط الهوس تبعتها نوبات هوس متكررة بينما لو كانت النوبة الاولى اكتئابا فانها قد لا تتكرر. وتختلف مدة نوبات الهوس والاكتئاب فنوبة الهوس قد تستمر ستة اشهر بينما تكون مدة نوبة الاكتئاب تسعة أشهر. وتزداد مدة نوبة الاكتئاب مع التقدم في العمر.

2: 4: 2 الذهان الانتكاسي :

تميل الاضطرابات الانتكاسية لأن تقع في نمطين رئيسين يميل الأول إلى حد كبير من الاكتئاب بينما يتميز الآخر بالأفكار الاضطهادية . وهناك عوامل فيزيولوجية ونفسية خاصة يتميز بها الاكتئاب الانتكاسي كموت شخص محبوب أو الانفصال عنه ، أو اضطراب أحد وظائف الجسم الهامة ، أو عدم تحقيق مكانة اجتماعية واقتصادية مرغوب فيها.

2: 5: ذهان البارانويد :

هي استجابات ذهانية تتميز بالهذاءات التي غالبا ما تكون هذاءات الاضطهاد او العظمة . وقد توجد الهلاوس أحيانا مع اضطراب في القدرة على الحكم والاستبصار ، مما يساعد على نشوء الشك ، وسوء تأويل الحوادث والأمور .

2: 6: اضطرابات رد الفعل الذهانية :

تعرف الاضطرابات النفسية التي تنشأ من الصدمات النفسية المختلفة باضطرابات رد الفعل الذهانية . وهي تنتاب أساسا الأفراد ذوي النشاط العصبي الضعيف أو غير المتزن ، كما يمكن أن تنتاب الاضطرابات أيضا الأشخاص ذوي الجهاز العصبي المتزن إذا

كانت الإصابة النفسية شديدة . ويلاحظ أيضا أن بعض الاضطرابات الجسمية التي تضعف من خلايا المخ العصبية لها تأثيرها بالإضافة إلى الإصابة النفسية.

3: الاضطرابات العصابية:

3: 1 المقدمة:

الاضطرابات العصابية هي مجموعة اضطرابات تنشأ من المحاولة التي يبذلها المريض لمواجهة المشاكل النفسية الداخلية والمواقف الخارجية الصعبة التي لا يستطيع المريض السيطرة عليها دون توتر أو دون الأساليب النفسية المضطربة التي يسببها القلق الناشئ عن الصراعات. ويرى كثير من الأطباء بأن القلق يعتبر مصدرا ديناميكيا للاضطرابات العصابية. وتشيع الاضطرابات العصابية بين الإناث بدرجة أكبر منها بين الذكور نتيجة لما يطلب منهن من جمود في كبت الحاجات البيولوجية الأساسية وما يتبع ذلك من قلق ودفاعات تشكل الأعراض العصابية. (Scully, etal, 2000)

3: 2 عصاب القلق :

يمثل القلق حالة من عدم الارتياح والتوتر الشديد ، يصاحبها خوف لا يستطيع المريض التعبير عنه والشعور بتوقعات سيئة . ويصاحب القلق كثير من الاضطرابات الجسمية مثل : سرعة نبضات القلب ، وتوتر العضل ، اضطرابات الجهاز الهضمي . وقد ينشأ القلق مع أي موقف يهدد شخصية الفرد مثال ذلك وجود خطر يهدد انهيار كبت الرغبات الجنسية المحرمة ، او احساسات الكراهية ، والعدوان التي تهدد أمن الشخصية ، الإحباط ، مشكلات الحياة الرئيسية التي ترتبط بالتكيف المهني والجنسي والأسري .

ويلاحظ القلق عند الأشخاص في مناسبات مختلفة من حياتهم . لاحظ مثلا طالب الجامعة قبل الامتحان وخاصة عندما يكون استعداده للامتحان غير كاف، والعاملون في ميادين التجارة حين تلوح تباشير أزمة اقتصادية، والقائد قبل بدء المعركة وبخاصة حين تكون بعض المعلومات عن تحركات عدوه غير متوافرة لديه، وعدد كبير من الناس المهتمين بالقضايا العامة لوطنهم حين تبدو في الأفق بوادر ثورة داخلية، والأب وهو ينتظر المولود الجديد، والابن وهو ينتظر رد فعل أبيه على نتيجة امتحاناته غير المرضية

3: 2: 1 طبيعة اضطراب القلق:

يبدو القلق في كل حالاته على شكل توتر واضطراب لدى الشخص أمام حادث ينتظر أن يقع وان يواجهه بالخطر. كما يبدو القلق على درجات تتفاوت في الشدة . فهو

يتفاوت بين حالة التوتر الداخلي الخفيف وحالات الاضطراب الشديد. وهو طبيعي في درجاته البسيطة. ولكنه ليس كذلك في مستويات اشتداده.

ويشير القلق إلى: **حالة نفسية تحدث حين يشعر الفرد بوجود خطر يهدده. وهو ينطوي على توتر انفعالي تصحبه اضطرابات فيزيولوجية مختلفة.**_ويرى فرويد : ان القلق رد فعل لحالة خطر وتراه هورني Horney : استجابة انفعالية لخطر يكون موجها إلى المكونات الأساسية للشخصية. أما مي May ، فيشير إليه باعتباره إدراك لتهديد موجه نحو قيمة ما يعتبرها الفرد أساسية في وجوده كشخص. ويعرفه ماسرمان Masserman بأنه حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال صراعات الدوافع ومحاولات الفرد وراء التكيف . ويشير اليه يونج Jung على أنه رد فعل يحدث عند الفرد حين تغزو عقله خيالات صادرة عن اللاشعور الجمعي. ويعرفه سبيلبرجر (Speilberger, 1983) بأنه عبارة عن انفعال غير سار وشعور بعدم الراحة والاستقرار مع الاحساس بالتوتر. وخوف لا مبرر له واستجابة مفرطة لموقف لا تشكل خطرا يستجيب لها الفرد بطريقة مبالغ فيها.

ويعاني كل شخص من ضغط القلق في فترات مختلفة من حياته. وبالتالي ، فالقلق حالة عامة . والقلق العام منه نوع خفيف يظهر على شكل إشارة تحفزنا إلى إطلاق الطاقات الداخلية بغية الدفاع عن الذات وحفظها . أما القلق العصابي فليس عاما . وانما هو حالة خاصة تستدعي الرعاية والعلاج . واستعداد الشخص للقلق ليس دليل شذوذ عنده . بل هو وسيلة في سعيه وراء التكيف . ويظهر الناس تفاوتا في القلق وشدته . فالأشخاص الذين تكون ثقتهم بأنفسهم شديدة وقائمة على خبرة واسعة ويكونون أقوياء محبوبين يكون مدى بعدهم عن القلق أوسع من مدى الذين تكون ثقتهم بأنفسهم ضعيفة ويكونون غير محبوبين .

يمثّل القلق حالة من الشعور بعدم الإرتياح والإضطراب وبالهمّ المتعلّق بحوادث المستقبل، وتتضمّن حالة القلق شعوراً بالضيق وانشغال الفكر وترقّب الشرّ وعدم الإرتياح، حيال ألم أو مشكلة متوقعة أو وشيكة الوقوع (شيفز وميلمن،1989)، أمّا الذين يعانون من قلق مرتفع فهم غالباً ما يكونون أقلّ شعبية بين أقرانهم، وأقلّ ابداعاً ومرونة من غيرهم، وأكثر تردداً وحذراً وجموداً، ولديهم مفهوم ذات ضعيف نسبياً، ويحصلون على درجات أقلّ على اختبارات التحصيل، لما للقلق من تأثير في قدرتهم على الأداء بفعاليّة (Jasinski, 2003). ويعتبر القلق ألمشكلة الأكثر شيوعاً بين الأطفال والمراهقين، بسبب أحداث الحياه الضاغطة، وتأثيرات العائلة، والتكيّف غير الناجح (Muris, 2006).

هذا، وينظر الأطفال والمراهقون لآبائهم كمصدر للأمن والحماية من الخطر، ومن خلال هذه الخبرة تنمو قدرتهم على التعامل مع القلق وتحمّله. ويظهر القلق نتيجة الانفصال المبكر

عن الوالدين، حيث يعتبر الخوف من فقدان أحدهما والقلق المدرك كنتيجة لذلك، مصدراً مستمراً للقلق لدى الأبناء، بسبب توسطه للعلاقة ما بين الإستقرار العائلي، وما بين القلق والإكتئاب (Sobolowski & Allen, 2008)، وأيضاً بسبب العلاقة ما بين أحداث الحياة الضاغطة والطلاق ولوم الذات، والقلق وسوء التكيف (Wolchic,Yun-Tien, Sandler, Dayle & 2002; Mason, Skolnick & Sugarman, 2003)، حيث ترتبط ضغوط الطلاق والعلاقة مع الأم مع مستوى القلق والخوف من الهجر، والذي يرتبط بدوره بمستوى المشاكل السلوكية، حيث تهدّد ضغوط الطلاق حاجة الأبناء الأساسية كي يكونوا جزءاً من مجموعة إجتماعية توفر الرعاية والحماية (Wolckik, Wilcox & Tein, 2000). كما أنّ التعرض للصراعات الوالدية والصراعات بين الآباء والأبناء وغياب علاقة القرب مع الكبار، يخلق ويطوّر الإستعداد للإصابة بالقلق والإكتئاب في فترة المراهقة (Phillips,Constance, Hammen, Brenan & Najman, 2005)، لأنّ الشعور بالعجز عن التعامل مع التوتّر يؤدي إلى استبدال الإستجابات المناسبة بأعراض من القلق والإنسحاب والغضب (Rollin, et al., 2008). كما تؤدّي مشكلات الهويّة إلى كثير من القلق الذي تكون معظم أعراضه مرافقة للمراهقة المبكرّة، مثل العصبيّة والصداع وفقدان الشهيّة.

وتتأثر ظاهرة القلق بالعوامل البيئية والاجتماعية وبالظروف والاحداث التي يمر الشخص في حياته. حيث تلعب حوادث الحياة الضاغطة وخصوصا تلك التي تتضمن الخطر والصراعاتت البينشخصية دورا هاما في بدء اشكال محددة من القلق (Hohnson, 2002) كما يعتبر القلق من العوامل المؤثرة والمتأثرة بالمشكلات الصحية حيث يعتبر من اكثر الامراض انتشارا في عيادات الطب العام بعد اضطراب الاكتئاب. وتشير الدراسات العالمية المنشورة الى وجود حقيقي للقلق في الرعاية الصحية الاولية حيث تتراوح نسبة الذين يعانون من حالة القلق بين (11 – 20 %) من مجموع المرضى المراجعين لعيادات الطب العام. والتي اظهرت الفحوصات السريرية والمخبرية خلوهم من الامراض العضوية . وهذا يعود الى تخفي القلق تحت اعراض وشكاوي جسدية. (Comer, 2004).

3: 2: 2 نظريات القلق:

تحدث عدد من علماء النفس حول اسباب الاصابة باضطراب القلق وفقا للاسس النظرية التي تبناها كل منهم في تحديد أسباب المرض:

فقد اعتمدت **نظرية التحليل النفسي** في تفسير القلق على الذكريات والمعاني التي يعطيها الفرد للأحداث في مرحلة الطفولة. وان مصدر القلق كما عبر عنه فرويد هو صراع لاشعوري بين الانا ورغبات الهو. وان الصراع بينهما يؤدي الى حدوث اعراض مرضية كنتيجة لظهور دوافع وافكار غير مقبولة تقترب من منطقة الوعي.

وتحدث فرويد عن ثلاثة انواع من القلق هي:

أولا: القلق الموضوعي Objective anxiety:

يشير اليه على انه ردود فعل تحدث لدى الفرد عند ادراكه لخطر خارجي او ينتظر حدوثه لوجود اشارة تدل عليه. ويرى فرويد ان هذا النوع من القلق اقرب الى الخوف من القلق. فمصدره واضح المعالم. ومن وجهة نظر فرويد فان القلق والخوف ما هي الا ردود فعل في موقف معين . فالخوف استجابة لخطر خارجي والقلق استجابة لخطر داخلي معروف (عثمان، 2001).

ويؤدي القلق الموضوعي وظيفة أساسية بحيث يقدم اشارة منبهة للفرد بامكانية حدوث أذى أو خطر مما يدفع الفرد لاتخاذ خطوات لابد منها لمنع حدوث الخطر او التهديد. ويرى فيراراجافن وسنج (Veraraghavan & Singh, 2002) ان جهود الفرد تتركز في حالة وجود مؤشر على امكانية حدوث اذى او خطر على الاستعانة بميكانزمات الدفاع مما يدفعه نحو الانجاز والابداع. وقوة التركيز والتمييز واتخاذ القرارارت نتيجة تنشيط المراكز العصبية العليا.

ثانيا: القلق العصابي Neurotic anxiety:

هذا النوع من القلق غير معروف المصدر ولا يدركه المصاب. وكل ما يحدث هو ان الفرد يشعر بخوف غامض عام ومنتشر لكنه غير محدد. ينشأ عندما تهدد الهو بالتغلب على دفاعات الانا واشباع تلك الدوافع الغريزية التي لا يوافق على اشباع المجتمع. (المطيري، 2005)

ثالثا: القلق الخلقي:

تحدث فرويد عن القلق الخلقي واشار الى ان مصدره الانا الاعلى نتيجة حكم الانا الاعلى بارتكاب الشخص ذنبا (الرفاعي، 2001) . ويرى ادلر ان مصدر هذا القلق هو نتيجة شعور الفرد بالنقص ومحاولته التفوق. واكد فروم بان القلق الخلقي ينشأ نتيجة الصراع بين الحاجة للتقرب الى الوالدين وحاجته الى الاستقلال. ويرى فروم ان الطفل يقضي فترة طويلة من الزمن معتمدا على والديه. فيقيده بقيود يلتزم بها ومع التقدم في العمر يزداد تحرره واعتماده على نفسه (Davison& Neale, 2004)

وينظر اقطاب المدرسة السلوكية **الى اضطراب القلق على انه سلوك متعلم من البيئة التي يعيش فيها الفرد من خلال التعلم بالملاحظة والنمذجة والتقليد تحت شروط التدعيم الايجابي والتدعيم السلبي. وان للظروف الاجتماعية دور فاعل في تدعيم السلوك والعمل على استمراره. وتشير الدراسات في هذا المجال الى اعتماد النظرية**

السلوكية في تفسير القلق على الاشراط الكلاسيكي الذي يحدث من خلال مزاوجة مثير محايد مع مثير منفر فيصبح المثير المحايد مثيرا للقلق. (شريت وحلاوة، 2003).

وترى **النظرية المعرفية Cognitive theory** بأن سبب القلق يرجع الى مغالاة الفرد في الشعور بالتهديد واعتباره مسبوقا بانماط من التفكير الخاطىء والتشويهات المعرفية. فالافراد يعانون من القلق فيميلون لادراك العالم على انه مصدر للتهديد والخطر (Davison& Neale, 2004).

ويرى اصحاب **المذهب الانساني** ان القلق ينشأ من توقعات الانسان مما قد يحدث له في المستقبل قد يهدد وجوده. وانه ليس ناتجا عن ماضي الفرد او العوامل المرتبطة به وانما يبحث الفرد عن مغزى لحياته او هدف لوجوده. فان لم يهتد الى هذا المغزى فسيكون قلقا. وان الانسان هو الكائن الوحيد الذي يدرك ان نهايت حتمية وان الموت قد يحدث في اية لحظة مما يسبب له توقع الموت مثيرا اساسيا للقلق عنده. (carson, et al, 2003).

وأوضحت بعض الدراسات التي اجريت في مجال اضطراب القلق العام على دور **النموذج البيولوجي** في اضطراب القلق. فقد اوضحت دراسة اجريت على اشخاص يعانون من اضطراب القلق بأن الاستعداد الوراثي لتطوير اضطراب القلق كان واضحا في اسرهم (عبد الرحمن، 1999). وان نسبة القلق بين التوائم المتشابهة تصل الى 50% اما التوائم غير المتشابهة فكانت نسبة التشابه لا تزيد عن 4% . وان القلق العام ينتج اما عن نقص في المستقبلات العصبية Gamma aminobuytric (جابا GABA) او في بنزوديابين Benzodiazepine حيث يصبح الجهاز العصبي اللاارادي في حالة استثارة ومن ثم تظهر أعراض القلق النفسي (Davison & Neale, 2004)

3: 2: 3 تحليل القلق :

يظهر القلق عند الأفراد صغارا أو كبارا . ويرتبط ظهوره بظهور شعور لدى الفرد بوجود خطر . ولو أخذنا إحدى حالات القلق فإننا نجد أنها تنطوي على ما يلي :

- **القلق شيء تشعر به** : فهو حالة نمر بها في الحاضر الذي نعيشه ونحن نعانيها في ساحة شعورية .
- **وهو حالة انفعالية** : فهو توتر انفعالي يضغط علينا من داخل والقلق من هذه الناحية يحمل الصبغة التي يحملها الغضب والخوف والحزن والفرح
- **وهو حالة مكدرة** : انه مؤلم ومزعج ومضايق : ويظهر ذلك في سعي الفرد إلى الخلاص منه وابعاده عن نفسه . ولكن وسائل الفرد الدفاعية قد تكفي لإنقاذه أحيانا. وقد تنهار أمام قلق شديد القوة أحيانا أخرى .

- **انه حادث يعمل في إيجاده عامل مباشر أو أكثر** : ولكن هذا العامل غير واضح دائما. ومن الصعب القول دائما بوجوده لكن من المحتمل جدا فيه أن يكون موجودا . والقرائن المختلفة تتيح فرصة لهذا الاحتمال
- **يلي القلق ظهور شدة أو ضيق** : وتظهر هذه الشدة وكأنها المنبه أو المؤشر الداخلي للقلق . ولما كان مبعث الشدة غير واضح. لذلك نتكلم هنا عن موقف شدة يحدث فيه القلق .
- **والقلق مرتبط بخبرة الشخص ارتباطا وثيقا:** ولا يكفي الرجوع في هذه الخبرة إلى ما هو غريب منها. بل يجب الرجوع إلى القديم وخبرات الطفل ساعة الولادة وخبراته بالنسبة لما أصابه من حرمان حينما بعدت عنه أمه.
- **والقلق مصحوب بمجموعة من الاحساسات والتغيرات الجسمية.** وخاصة منها الاضطراب الذي يصيب التنفس، وضربات القلب، وتصبب العرق، وجفاف الحلق، وسرعة جريان الدم.
- **ويظهر القلق على شكل عمليات تفريغ:** فهو طاقة تنزع إلى الانطلاق في مسالك معينة. ولذلك ، يبدو القلق من هذه الناحية ميالا إلي الفعل والحركة.

أولا: القلق والعصبية والهم:

وهناك حالات بسيطة مـن القلق كثيرا ما تظهر في حياتنا اليومية ونطلق عليها أسماء مثل:

- **العصبية : Nervousness** : وهي قلق خفيف. والعصبي كثير الحركة ، كثير التخيل سريع الانفعال. وخاصة أمام ما هو مفاجئ. ويغلب عليه كثرة الشكوى وسرعة التعب وكثرة التردد. وغالبا ما تكون العصبية نتيجة صراع أو صراعات لم تحل. وقد تبقى الصراعات عميقة الجذور من غير حل. وبذلك يطول بقاء العصبية وتتوفر الفرص أمامها للتطور باتجاه التعقيد.

- **الهم والضيق: Worry** : وهو قلق خفيف إلا أن له بعض المظاهر الخاصة به. فالمهموم يظهر منعطفا نحو نفسه في بحثه عن المخرج أكثر مما يظهر العصبي. ويظهر ضغط الصعوبات عليه اكثر مما يظهر بالنسبة للعصبي.

ثانيا: القلق وقوة الدافع :

وعلينا أن ننتبه إلى وظيفة خاصة يقوم بها القلق أحيانا وهي وظيفة الدافع التي يشترك فيها مع كل توتر انفعالي . فقد يدفع القلق الناجم عن أخطار التقصير في التكيف مع شروط بيئة اجتماعية جديدة إلى المزيد من الجهد من أجل إنجاز تكيف مناسب.

وكثيرا ما يدفع القلق إلى مزيد من التروي قبل الإقدام على المعركة. كما يدفع أحيانا إلى الانسحاب قبل ظهور نتائجها الواقعية.

ثالثا: القلق والخوف :

يصعب التمييز بين القلق والخوف في حالات كثيرة وذلك بسبب أوجه الشبه الموجودة بينهما: فكل من القلق والخوف حالة انفعالية تنطوي على ما تنطوي عليه الحالة الانفعالية عادة من ضغط وتوتر داخلي. وكل منهما يستثار بشعور لوجود خطر يتهدد الشخص . ولكل منهما إشارة تدعو الشخص إلى العمل من أجل الدفاع والمحافظة على البقاء. وكل منهما مرافق بعدد غير قليل من التغيرات الفيزيولوجية المتماثلة مثل : الاضطراب في التنفس والدورة الدموية والعصارات المعدية . ثم ان من الممكن في القلق أن يبدأ مع إشارة خطر توجد في المحيط الخارجي يكون من النوع الذي يستطيع استثارة الخوف. وكذلك، يمكن في الخوف أن يكون أحيانا أشد مما يستدعيه موضوع الخطر . وأن ينقل الشخص إلى حالة ضعيفة من القلق أو شديدة .

وبالرغم من التشابه الكبير بين الخوف والقلق فان هناك اختلافا بينهما: فيكون موضوع الخوف معروفا من قبل الشخص ومدركا . ولا يكون على هذا الشكل دائما في حالة القلق . والأصل في الخوف أن يكون موضوعه موجودا في العالم الخارجي ولا يصدق ذلك بالنسبة لكل أشكال القلق . فالمثير في عدد من أشكال القلق ذاتي . وليس له وجود في العالم الخارجي . ولذلك ، يغلب أن يقال عن القلق أنه يخاف من شيء مجهول لا يدرك كنهه . ولا يعرف مصدره المعرفة الكافية . فإذا صدف وكان القلق من ذلك النوع الذي يكون مثيره موجودا في العالم الخارجي . فان وضوح الخطر فيه لا يكون معادلا لوضوح الخطر الظاهر في حالة الخوف . ويغلب في الوضع الأخير ان يكون الخوف متناسبا من حيث الشدة مع الموضوع الذي أثاره . أما في القلق وخاصة العصابي منه . فيغلب أن تكون شدته أعظم وغير متناسبة مع شدة إشارات الخطر او موضوعه . ويضفي الشخص من نفسه على الموقف في القلق أكثر مما يفعل في الخوف. وبالتالي، فان القلق يمثل استجابة تعبر عن معاني داخلية لدى الشخص الذي يعانيه . وان الشخص ينزع إلى وصف العالم الخارجي بهذه المعاني الذاتية . ويلاحظ في القلق ان الخطر موجه فيه إلى كيان الشخصية والأكثر ألا يكون الشعور بالتهديد في حالة الخوف بمثل هذه الشدة والتصميم . ويشعر الشخص في حالة القلق بالعجز تجاه المصدر المجهول. ومن هنا ينطلق في محاولة الدفاع . ويعتبر الشعور بالعجز من الصفات الهامة التي تميز القلق . ولا يكون هذا الشعور بالعجز منطلقا في حالة الخوف. ويغلب في حالة الخوف أن تكون عابرة ومؤقتة . والقلق من هذه الناحية أكثر طولا في بقائه . فالخوف لا يتكرر عادة ما لم يظهر المؤثر بينما يتكرر ظهور القلق . تصاحب القلق والخوف تغيرات فيزيولوجية متعددة . ولكن الآثار التي يتركها القلق في الجسد أقوى عمقا من الآثار التي يتركها الخوف. وكثيرا ما تكون هذه الآثار خطرة.

رابعا: القلق والاكتئاب:

هناك علاقة قوية جدا بين الاكتئاب والقلق. وتشكل جزءا هاما من المشاكل النفسية التي يتم معالجتها في العيادات والمستشفيات والمراكز النفسية المختلفة في انحاء العالم. وقد عرف لباحثون القلق والاكتئاب بصفتهما حالة انفعالية ظاهرة مهمة غير سهلة بسبب تداخل القلق مع الاكتئاب مما يؤدي هذا التداخل الى صعوبة فهم وتحديد المعنى الدقيق لكل منهما. وهناك الكثير من الاعراض التي تتشابه بين القلق والاكتئاب كالارهاق والملل وعدم الاستقرار وصعوبات النوم وضعف في الشهية وصعوبة التركيز. ويلاحظ في مريض الاكتئاب تدني المزاج عنده في حين ان مريض القلق ينتابه تفكير مزعج وانفعال مستمر (سرحان وآخرون، 2004)

3: 2: 4 أعراض القلق :

ترافق القلق اضطرابات فيزيولوجية ونفسية مختلفة تكون بمثابة مظاهر أو أعراض له . وهي تتفاوت من حيث الشدة تبعا لشدة القلق. وتظهر أعراض القلق النفسية في عدة أشكال:

فهناك ضغط أو شدة يشعر بها القلق ويشعر معها بالكدر. ويظهر هذا الشعور مرافقا بشعور بالعجز وشعور بالعزلة والانفراد وشعور بالعداوة، ووهناك شعور بالخوف لا يستطيع القلق تسميته او الإشارة إلى عوامله المباشرة . ويسمى هذا النوع من القلق بحالة القلق. ويميل القلق إلى توقع الشر والمصائب ويهزه هذا التوقع هزا قويا يمس ثقته بنفسه . ويدعو إلى اضطراب في السير المألوف لمحاكمته واحكامه . ويلحق بذلك وجوب صعوبة في تركيز الانتباه لديه. ويميل القلق إلى توتر الأعصاب والاضطراب . فالصوت الضعيف يزعجه والحركة البسيطة تثيره . يضاف الى ذلك أنه يميل الى تأويل ما يظهر حوله تأويلا يندفع فيه نحو التشاؤم وسوء الظن. قد ترتبط حالة القلق بأفكار خاصة او موضوعات خاصة منها الموت والسرطان والمصائب . وفي حالات من هذا النوع يتأثر سلوك القلق تأثرا قويا وظاهرا بموضوع قلقه .

وهناك أعراض فيزيولوجية للقلق يمكن تصنيفها إلى فئتين اثنتين هما (ربيع، 2008):

أولا: ما يستطيع الشخص الشعور به ووعيه :

وتضم هذه المجموعة أعراضا من نوع :ضربات القلب السريعة، وفواصل غير منتظمة في ضربات القلب، وجفاف في الحلق، وضيق في التنفس والخفقان، وآلام في الرأس يبدو في استدارة الرأس بكاملها . وإضطراب في الجهاز الهضمي حيث يشعر

الفرد بالغثيان والإسهال أو الإمساك. واضطراب في الجهاز البولي حيث يشعر الفرد برغبة في الذهاب المتكرر إلى الحمام لإفراغ مثانته. وأعراض في الجهاز العضلي فتشمل آلاماً فـي مواقـع مختلفة من الجسم كآلام الذراعين والساقين.

ثانيا: ما لا يستطيع الشعور به :

وأعراض هذه المجموعة مرتبطة بأعراض فيزيولوجية لا يشعر بها صاحبها . ويظهر الجسم وكأنه يعمل لمواجهة الظروف الجديدة . ظروف القلق عن طريق تعديل خاص يجريه في أجهزة الأفراد الأساسية . ومن أهم الاضطرابات التي تظهر في هذا المجال : الزيادة في الأدرينالين والهرمونات التي تأتي من غدد الأدرينالين . وتدفع هذه بدورها الكبد لزيادة كمية الكلوكوز المدفوعة الى الدم لتستطيع هذه المادة السكرية تزويد العضلات بالطاقة اللازمة للحركات المفاجئة والكثيرة المرافقة .

كما ان هناك أعراضا نفسيّه للقلق تشمل ألتوتّر العصبي وعدم القدره على التركيز. وفقدان الشهيّة للطعام مع نقصان الوزن. وألأرق وصعوبة الاستسلام للنوم. وألمعاناة من الكوابيس والأحلام المزعجة. وألتهيّج والبكاء والصراخ.

ويرى أماتو (Amato, 2000)، بأنّ القلق يزداد في حالة حدوث خلاف بين الوالدين، وعندما يؤدّي هذا الخلاف إلى الطلاق، فإن قلق المراهق يزداد حيث يؤدي الطلاق إلى تغيرّات عديدة، ومشاعر مؤلمة نتيجة فقدان الإتصّال بأحد الوالدين أو كليهما، وانهماك كلّ منهما بذاته، وتناقص الدعم الإجتماعي للمراهق، ممّا يزيد من قلقه على حياته ومستقبله. ويتفق بذلك مع ما توصّلت له نتائج دراسات (Chick, 2002; Videon, 2002) والتي أشارت إلى وجود فروق في مستوى القلق ما بين أبناء المطلقين وأبناء الأسر العاديّه، وربّما كان ذلك ما دعى بعض الباحثين لتفسير الزيادة في ارتفاع عدد الأطفال والمراهقين الذين يعانون من القلق في الولايات المتحدة، إلى الزيادة في نسبة حدوث الطلاق أولاً، ثم للإرتفاع في نسبة الجريمة بالدرجه الثانية (Twenge, 2000).

3: 2: 5 أنواع القلق :

ميز سبيلبرجر (Speilberger, 1983) بين نوعين من القلق هما:

أولا: حالة القلق Anxiety state :

وهو استجابة انفعالية غير سارة تتميز بمشاعر ذاتية من التوتر والخشية والعصبية وتنشيط الجهاز العصبي المستقل. وتحدث هذه الحالة عندما يدرك الفرد ان

هناك ما يهدده. وتختلف حالة القلق في الشدة وتتغير عبر الزمن وهي استجابة طارئة تزول بزوال الامر المقلق.

ثانيا: سمة القلق Anxiety trait:

وهي استعداد ثابت نسبيا لدى الفرد يبقى كامنا حتى تثيره المنبهات الخارجية او الداخلية ويستجيب الفرد للمواقف التي تثير القلق بدرجات متفاوتة حسب ما لديه من استعداد كامن لاستجابة القلق

وتحدث فرويد عن ثلاثة أنواع رئيسية من القلق هي :

أولا: القلق الموضوعي : Objective anxiety :

وهو رد فعل يمر به الفرد لدى إدراكه خطرا خارجيا يكون محدودا أو يتوقع وجوده بناء على وجود إشارة تدل عليه . وقدم فرويد عدة تسميات لمثل هذا النوع من القلق: القلق من الواقع: Reality anxiety، القلق الصحيح: True anxiety القلق السوي: Normal anxiety . بينما استعملت هورني كلمة الخوف لتدل على هذا النوع من القلق.

ثانيا: القلق العصابي :

وهو القلق الشديد الذي لا تتضح معالم المثير فيه . وهو خوف غامض من مجهول يبدو شديدا . ويبدو صاحبه قابلا لأن يلقي اللوم على أكثر من مثير واحد من غير أن تكون الصلة واقعية أو واضحة بين القلق والمثير . وقد تحدث فرويد عن ثلاثة أشكال أو صور للقلق العصابي هي :

- **القلق العام :** وهو أدق صور القلق وأوضحها ، وغير مرتبط بموضوع محدود . ولكنه يحدث بتأثير من إشارات داخلية أو خارجية حدث لها في الماضي ان ارتبطت بخبرات مقلقة أو مزعجة .
- **المخاوف المرضية : Phobic Reaction :** وهذه تعبر عن إدراك وجود خطر شديد بسبب من وجود ظرف محدد في وقت لا يكون فيه هذا الظرف المحدد مثيرا لفكرة الخطر لدى الشخص السوي .
- **الهستيريا** : أو كما يسميه فرويد شعور بالتهديد يرافق عادة بعض حالات الاضطراب .

ثالثا: القلق الخلقي : Moral Anxiety :

وهو القلق الناتج عن حكم الأنا الأعلى بوجود ذنب أو إثم قد ارتكب وهو يشبه القلق العصابي من حيث أنه يأخذ صورة قلق عام مصحوب بتشتت شديد أو صورة مخاوف أو يصبح مرافقا لعصاب .

3: 2: 6 الانماط الفرعية لأضطرابات القلق Anxiety disorders :subtypes

اشار الدليل التشخيصي الثاني الى القلق بالعصاب وانه شعور بالقلق والتعبير عنه بشكل مباشر. او التي يتم التحكم فيها بشكل لاشعوري عن طريق التحويل او الابدال وغيرهما من ميكانزمات الدفاع (عبد الخالق، 2000) بسبب عزو كل المواقف العصابية الى كبت رغبات الهو كما تتحدث عنه نظرية التحليل النفسي.

وفي الدليل التشخيصي الثالث والرابع (IV . DSM) تم توزيع الفئات القديمة لاضطراب العصاب الى فئات اكثر وضوحا لتشخيص اضطرابات القلق. فشملت الاضطرابات التي يتعرض فيها الفرد لخبرة القلق بشكل مباشر ما يلي:

- الرهاب Phobia
- الفزع Panic disorder
- اضطراب القلق العام Generalized anxiety disorder
- الوسواس القهري Obsessive compulsive disorder
- اضطراب ما بعد الصدمة Post traumatic stress disorder
- اضطراب القلق الحاد Acute stress disorder

3: 3 القلق الاجتماعي:

يعد اضطراب القلق الاجتماعي احد اشكال القلق، يحدث عندما يظهر عند الشخص عدد من المخاوف لمواقف مختلفة من مواقف التفاعل الاجتماعي. وقد عرفه رضوان (2010) بأنه خوف غير مقبول في المواقف التي تفترض ان يتعامل او يتفاعل فيها الشخص مع الآخرين. وعرفه أبو حجلة على انه الحساسية المفرطة للانتقاد والذي بدوره يخلق للشخص خوفا من الظهور امام الاخرين. وتحدث كل من هيمبرج وليبوياز

وهوب وسكنر (Liebowitz, Hope & Schneier, 1995) بأنه خوف مستمر ومستديم من المواقف الاجتماعية، أو مواقف الأداء والتي يتعرض فيها الافراد الى التفحص. حيث يخشون من التصرف بطريقة تعرضهم الى الشعور بالاحراج او الاذلال، ويتم تجنب المواقف الاجتماعية التي يهابها الفرد نتيجة ذلك. أو يتم تحملها تحملها بقدر كبير من الضيق والقلق الشديد.

ويرى عكاشه (2003) ان القلق الاجتماعي يمثل حالة من خوف المصاب من الظهور امام الناس خوفا من النقد والارتباك. واورد ابو زيد (2008) تعريفا للقلق الاجتماعي اشار فيه الى ان القلق الاجتماعي عبارة عن اعراض انفعالية من مثير غير مخيف واقعيا. ولا يشكل تعرض الفرد الى الموقف تهديدا فعليا او خطرا واقعيا على حياة الفرد.

واكد شافيرا وستين (Chavria & Stein, 1999) ان القلق الاجتماعي يتضمن خوفا زائدا من الملاحظة او التفحص في موقف الأداء او التفاعلات الاجتماعية. وغالبا ما يخشى الأفراد ذو القلق الاجتماعي التحدث في الموقف العامة. وفي القلق الاجتماعي يخاف الفرد بشكل محلوظ ومتواصل من واحدة او اكثر من المواقف الاجتماعية أو الأدائية. حيث يتصرف المصاب بصورة مربكة والخوف من احتمال القيام بارتكاب خطأ ما. او يبدو عليه عدم الكفاءة وغير جذاب. ويخاف من اظهار الاعراض التي قد تفسر على انها علامات القلق مثل تصبب العرق، والارتعاش، واحمرار الوجه... وغير ذلك من مظاهر القلق.

وقسم شافيرا وستين القلق الاجتماعي الى نوعين هما:

- **القلق الاجتماعي المعمم Generalized social phobia** : وهو الذي يشير الى الافراد الذين يخشون معظم المواقف الاجتماعية.
- **القلق الاجتماعي الخاص Cricumscribed social phobia**: والذي يشير الى هؤلاء الافراد الذين يعانون من الخوف من مواقف معينة وليس كلها.

3: 3: 1 تشخيص اضطراب القلق الاجتماعي:

أورد الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية والعقلية الذي اصدرته الجمعية الامريكية للطب النفسي (DSM – IV, 2000) ان القلق الاجتماعي من اضطراب القلق وان المحكات التشخيصية له كالاتي:

- وجود خوف واضح ومستمر من الأداء في المواقف الاجتماعية وخوف من أن الفرد قد يسلك بطريقة تكون محرجة او مهينة

- التجنب والسلوك الهروبي واستباق الخوف من الموقف يتدخل سلبيا في الاداء المهني للشخص او نشاطه الاجتماعي او انه يسبب له انزعاجا شديدا
- كما ان التعرض الى المواقف الاجتماعية يسبب القلق مباشرة، علما أن الشخص مستبصر بأن مخاوفه غير مبررة ومبالغ فيها.
- ولا يتم تشخيص الشخص بأنه يعاني من القلق الاجتماعي ما لم تتدخل تلك المخاوف في حياته اليومية المختلفة الأوجه.
- وفي الحالات التي يكون فيها عمر الشخص دون سن (18) سنة فان الخوف يستمر معه لستة اشهر على الاقل.

كما اورد الدليل نوعين من الخوف الاجتماعي هما: قلق اجتماعي عام يتميز بوجود خوف لدى الشخص في اغلب المواقف الاجتماعية. وخوف محدد في بعض المواقف او واحدا منها مثل الحديث امام جمع من الناس او الاكل في الاماكن العامة.

واشار الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية والعقلية ان مظاهر اضطراب القلق الاجتماعي لا يخرج عن ثلاثة ابعاد كالاتي:

- **البعد المعرفي**: حيث تتضح الافكار المسيطرة على الفرد كأن يتوقع الاخراج او الاهانة، أو انه مراقب وان الاخرين يريدون ارباكه.
- **البعد الاجتماعي**: حيث يتجنب الفرد وينسحب من المواقف الاجتماعية التي تثير لديه اية مخاوف سواء اكان الخوف الاجتماعي عاما او محددا.
- **البعد الجسمي**: حيث يعكس الجانب الجسمي قلق الشخص فيظهر عليه احمرار وجهه وتعرقه وبرودة يديه واحتباس صوته واسهاله.

3: 3: 2 نظريات تفسير اضطراب القلق الاجتماعي:

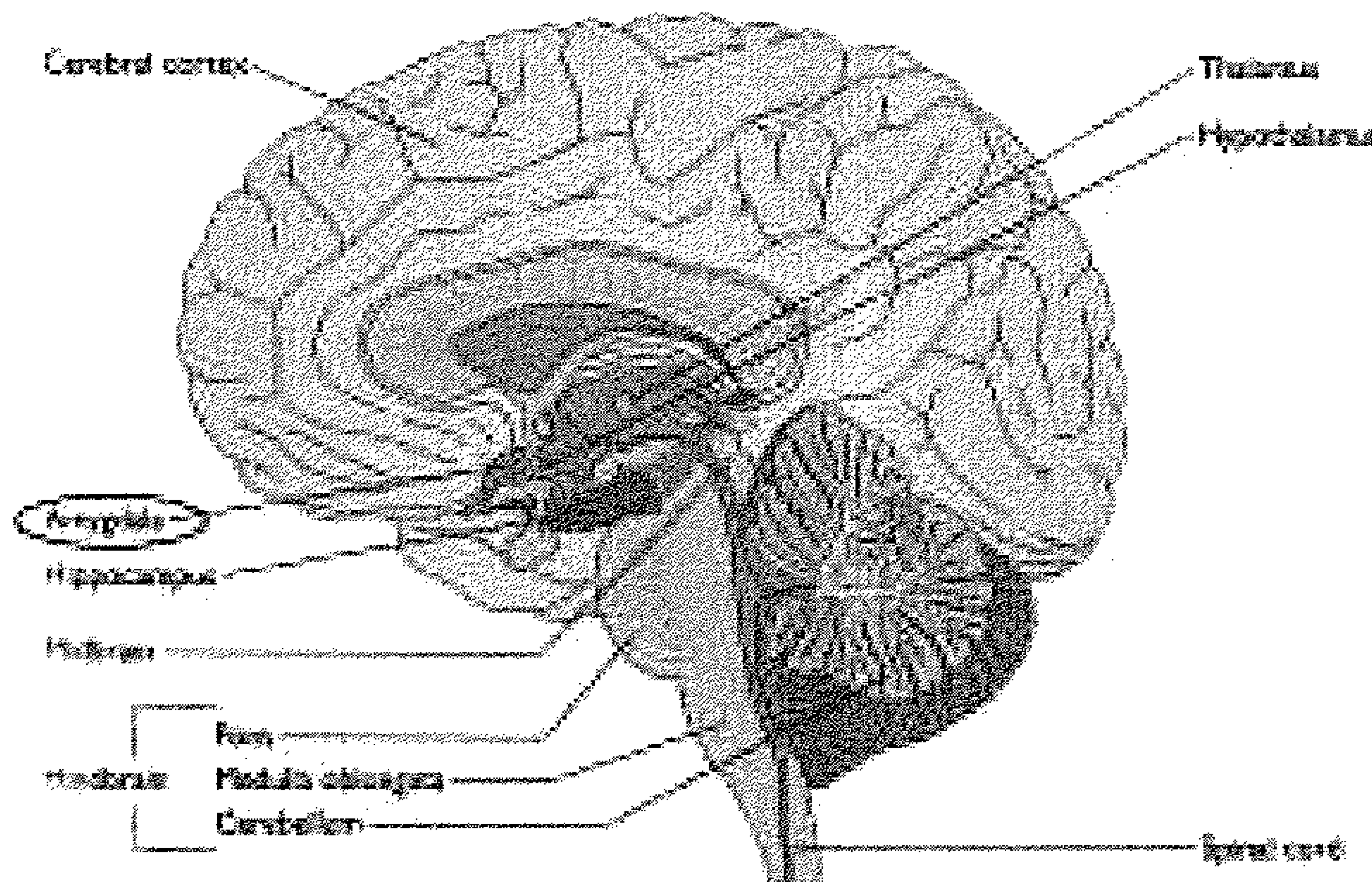
يرى منظروا **النموذج المعرفي** في تفسير اضطراب القلق الاجتماعي بأن للقلق الاجتماعي آلية الخوف الناتجة جراء التقاء المصاب بأحد الاشخاص الغرباء ومغالاته بالوعي بنفسه Self – ovely conscious وصرفه الكثير من الانتباه بعد كل نشاط او محادثة او عمل يقوم به. وينتقد نفسه بشكل سلبي بعدها. فتجده يضع لنفسه معايير أداء عالية جدا وغير مرنة.

وبحسب نظرية **التعلم الاجتماعي** فان المصاب باضطراب القلق الاجتماعي يحاول تكوين انطباع جيد عند الاخرين عنه لكنه يعتقد انه غير قادر على ذلك فيقوم بنعت نفسه بصفات دونية كأن يصف نفسه بالساذج ، أو ان يقوم بتصرفات محرجة تقلل

من قيمته وتهدد كيانه. وبعد هذا الحدث يبني المصاب افكارا سلبية حول ما ظهر منه من افعال او اقوال وانه لم يبلي للاء حسنا وبالتالي فانه يقوم بمراجعة ما قام به من اعمال حيث لا تتوقف هذه الافكار بانتهاء الموقف وانما تمتد لاسابيع ويتجه لتحليل ما صدر منه من سلوك بشكل سلبي (Schneier & Welkowitz, 1996). وان الشخص الذي يعاني من قلق اجتماعي قادر على تذكر سلوكياته السلبية اكثر من اولئك الذين لا يعانون من هذا الاضطراب (Furmark, 2000).

واشار سكنر Skinner الى ان مرضى اضطراب القلق الاجتماعي يلجأون اما الى الهرب من الموقف المثير للارتباك، او يتجنبونه. كأن يغادر الطالب الذي يعاني من قلق اجتماعي صفه هربا ويمتنع عن اداء عرض امام الطلاب في الصف بسبب المخاوف التي واجهها من قبل (**النموذج السلوكي في تفسير اضطراب القلق الاجتماعي:**). او ان يقوم بسلوكات تجنبه المواقف التي تثير ارتباكه. كأن يتخذ الكذب وسيلة للتخلص من التعرض الى الموقف المثير للقلق. وقد تظهر بعض العلامات السلوكية عندما يحاول المريض تجنب الموقف المثير للقلق. كعدم النظر في اعين الآخرين أو يعقد يديهليخفي الرعشة البادية فيهما. وان سبب منع هذه الردود الفعلية هو القلق الاجتماعي الذي ينتاب الشخص (Furmark, 2000).

ويرى اصحاب **النموذج الفسيولوجي** انه حينما يجابه المصاب باضطرابات القلق الاجتماعي موقفا غير مريح يوقم باظهار سلوكات غير سوية كنوبات الغضب والبكاء والتعلق بالوالدين. ويعاني من التعرق والغثيان والرعشة الشديدة وخفقان في القلب وفقدان للتوازن. واحمرار الوجه. وقد تحدث الفسيولوجيون عن ان منطقة في الدماغ يطلق عليها لوزة المخيخ (Amygdala)



والتي تعد جزءا من النظام اللمبي Limbic system تكون نشيطة حينما يرى المرضى وجوها تحفز الخوف او حينما يواجهون مواقف مرعبة بالنسبة اليهم.(Schwartz, 2003)

3: 3: 3 العوامل المسببة لظهور اضطراب القلق الاجتماعي:

اشار الباحثون الى عدد من العوامل المسببة لظهور اضطراب القلق الاجتماعي من ابرزها:

أولا: العوامل الجينية والاسرية:

فقد اوضحت الدراسات ذات الصلة بأن خطر تعرض الشخص الى القلق الاجتماعي يتضاعف مرتين أو ثلاثة اذا كان للشخص قريب من الدرجة الاولى اصيب بهذا الاضطراب. وربما كانت الجينات الوراثية سببا في انتقال الاضطراب. واكدت دراسات أخرى على التعلم بالملاحظة في انتقال الاضطراب من الاباء الى الابناء او انتقاله من الاشخاص الذين يلاحظهم المصاب وينتقل اليه الاضطراب.

واظهرت دراسات كيندر وكاركويسكي وبريسكوت (Kender, Karkowiski, and Prescott, 1999) انه اذا اصيب احد التوائم باضطراب القلق الاجتماعي فان توأمه الاخر يكون اكثر عرضة للاصابة بالاضطراب بنسبة تتفاوت بين 30 الى 50% اكثر من الاصابة العادية. كما اظهرت دراسات ماريكانكاز ورفاقه (Marikangas, et al, 1999) انه في حال اصيب الاب بأي نوع من المخاوف المرضية فان الطفل يكون اكثر عرضة للاصابة باضطراب القلق الاجتماعي. وان الاباء المتبنين لأطفال يعانون من قلق اجتماعي. هم في الاصل اشخاص ينزعون الى الانعزالية وقلة المخالطة الاجتماعية. وان البالغين الذين أقروا بأنهم لم ينمو شعورا بالامان في علاقاتهم مع امهاتهم وهم صغار اكثر عرضة لاضطراب القلق الاجتماعي من العاديين (Warren, et al, 1997)(Schwartz, 2003).

ثانيا: العوامل الاجتماعية والثقافية:

وتعرض الشخص لتجارب وخبرات سلبية في مرحلة من مراحل حياته قد تشكل سببا هاما في ظهور اضطراب القلق الاجتماعي. وقد اظهرت دراسات مينيكا وزنبارك (Mineka & Zinbarg, 1995) ان نصف الاشخاص الذين شخصوا بالقلق الاجتماعي كانوا قد تعرضوا الى موقف مزعج او مذل في حياتهم مما ادى الى جعل حالتهم اصعب من ذي قبل. ولاحظ بيدل وتيرنر (Beidel & Turner, 1998) ان اطلاق النعوت السلبية على الاطفال والمراهقين من شأنها ان تسبب نقصا تقدير الذات ومشاعر النقص المتنوعة. وان قواعد السلوك الصارمة بالنواهي والاوامر تسببا قلقا لديه وصعوبة في فهما والتقيد بها. مما يجعله غير قادر على التكيف مع محيطه. واستقواء الاخرين ضده. وان للشهرة ارتباط سلبي مع القلق الاجتماعي. حيث لوحظ ان

الاطفال الذين اهملوا من قبل اقرانهم قد سجلوا ارتفاعا في خوفهم من التقييم السلبي لديهم مقارنة مع الاطفال العاديين في مثل اعمارهم. (La Greca, et al, 1988).

ثالثا: التأثيرات العصبية الكيميائية:

افترض بعض العلماء ارتباط القلق الاجتماعي بعدم توازن المادة الكيميائية في الدماغ والتي يطلق عليها سيروتونين Serotonin كما ان موصلات الدوبامين العصبية Dopamine neurotransmission في مستقبلات (D2) لها علاقة بظهور اضطراب القلق الاجتماعي (عباس، 2011). وان لمجموعة من النواقف العصبية الاخرى دور في تطوير اضطراب القلق الاجتماعي مثل نورابنفرين Norepinephrine وكذلك موصلات جابا GABA . وقد اوضحت التجارب كذلك وجود خلل في منطقة حساسة في الدماغ يطلق عليها اللوزة Amygdala لدى المصابين بالقلق الاجتماعي. وان هناك منطقة أخرى في الدماغ يطلق عليها القشرة الحزامية Anterior cingulated cortex لها علاقة بالشعور بالام الجسد والاحساس بالظلم الاجتماعي

3: 4 عصاب المخاوف:

يميل بعض الافراد الى الظهور بمظهر القلق المستمر وابداء ردود افعال زائدة اتجاه اية ضغوط يواجهونها حتى لو كانت بسيطة. وان الافراد المصابين بهذا الاضطراب يعيشون في نوبات قلق او ذعر وهي في الغالب نوبات فجائية تبدأ باحساس شديد برعب لا يمكنهم تفسيره او السيطرة عليه.

واضطراب الفزع او عصاب القلق Panic disorder اضطراب ينتاب فيه المريض خوف شديد من موضوع معين او موقف معين . وقد يعاني المريض فيه عددا من المخاوف تختلف باختلاف المواقف والموضوعات . وتبدأ المخاوف من خبرة معينة أثارت خوفا شديدا ، ويغلب عليها أن يكون حدوثها في الطفولة . وقد تكبت هذه الخبرة في اللاشعور لأنها خبرة تثير الشعور بالذنب وخروجها الى الشعور يكون مؤلما للشخص . وان كانت الخبرة المخيفة تتعلق بموضوع بذاته ، فإنها تمتد إلى عدة أشياء أو مواقف ترمز إلى الموضوع الأصلي . والشخص هنا لا يفقد بصيرته ، فهو يعرف أن خوفه المرضي سخيف خاطئ لا مبرر له . ولكنه يعجز عن مقاومته والتخلص منه .

ان الخوف من الضوضاء العالية والمفاجئة خوف فطري. فعندما يسمع الاطفال حديثو الولادة ضوضاء مفاجئة فانها تضع الفرد على اهبة الاستعداد وتمكنها من حشد امكاناته للهروب . لاحظ مثلا ما يحدث وقت الحرب عندما نسمع صفارات الانذار. فاننا نهرع الى الملاجىء كي لا نصاب بأذى. وفي الخوف المفاجىء يزداد افراز هرمون الادرينالين الذي يؤدي بالكبد الى زيادة نشاطه فيقوم بزيادة كمية السكر الذي يفرزه الكبد

فتزول اثارها بسرعة. (Schwartz, 2003). ويصاحب الخوف المفاجىء عادة توترات وارتعاش في العضلات نتيجة ازدياد النشاط الكهربائي في الجسم.

يعد انفعال الخوف احد اهم ميكانزمات الحفاظ على الذات كما يعد اشارة خطر بالغة الاهمية للفرد. ويشير العلماء في هذا الصدد الى الفوبيا Phobia على انها خوف فجائي مفرط من موضوع معين يقابل بالاحجام المستمر. وانها افعال مزاجية مرتبطة بالقلق على افتراض ان الخوف يتحول لاشعوريا من موقف مثير للقلق الى شيء غير ضار على الاطلاق.

تبدأ المخاوف عندما يتعلم الطفل المشي فيتعرض لسقطات مؤلمة، فينمو لديه خوف يتضمن حالة من حالات التوتر النفسي التي تدفع الخائف الى الهروب من الموقف الذي ادى الى استثارة الخوف حتى يزول التوتر. ويصاحب انفعال الخوف بعض التأثيرات الفسيولوجية كسرعة خفقان القلب واحساس بالهبوط في المعدة والرعشة وتصبب العرق. وعندما لا يكون الفرد على وعي بأنه خائف فان مخاوفه تكون مخفية عنه وعاملة بنشاط وحيوية في اعماق لا شعورية لديه. بينما يكون هو في حالة الشعور لا يعي شيئا منها. وحينئذ يطلق على تلك المخاوف اللاشعورية اسم القلق. (السيد، 2003).

3: 5 عصاب الوسواس القهري:

الوسواس تفكير مستمر قلق لا يستطيع المريض التخلص منه . فقد يعاني المريض خوفا مستمرا من الموت ولا ينقطع تفكيره فيه . أو قد يفكر باستمرار في انه مصاب بمرض معين كمرض القلب او السرطان . والقهر دافع شديد لأداء فعل ما لازالة التوتر . وينتاب الوسواس والقهر أحيانا نفس المريض . كما أن الوسواس قد ينتاب المريض بدون القهر . ويصدق هذا على وسواس الخوف من الموت والمرض والعنف . ومن ناحية أخرى . فمريض عصاب القهر يعاني من الوسواس . فما هو الوسواس القهري؟

ويعتبر إضطراب الوسواس القهري من ألأمراض التي شغلت ألأطباء وعلماء النفس على حد السواء ، فقد بلغت نسبة المصابين بهذا ألإضطراب في الولايات المتحدة الامريكية 5% من عدد السكان ويزداد اضطراب الوسواس القهري عند الرجال عن النساء (Bllack Kazdin, 1986) وكان الطبيب الفرنسي موريل Morel أول من وضع هذا المصطلح عام (1861) من خلال ملاحظاته ألإكلنيكية على بعض المرضى الذين كان يتابع حالتهم ويقولون أن هناك أفكارا تسيطر على العقل تصعب مقاومتها وتؤثر على توازنهم النفسي وألإستمتاع بالحياة. كما لاحظ الطبيب الفرنسي كريبلين Kraeplin قيام المصاب بهذا الاضطراب تكراروإعادة أي عمل يقوم به من أجل تجويده على أكمل وجه. ومع ذلك فهو لا يصل إلى تلك القناعة. و يهتم بأمور ليست مهمة. وقد تتطور هذه الإهتمامات إلى أن تصل إلى التشاؤم والخوف وتوقع حدوث المكروه .(غانم ، 2004)

3: 5: 1 تعريف الوسواس القهري: Obsessive Compulsive Disorder

ورد في اللغة اللاتينية الفعل Obsider بمعنى الحصارTo besiege أما القهر Compulsion فيرجع إلى الفعل اللاتيني cmplellerec بمعنى الدفع معا To drive together وبإستخدام المصطلحين معا عرف الوسواس القهري على انه خبرة غير منطقية وفكرة تستحق التوبيخ تحاصر المريض وتدفعه على مقاومة الذات المحترمة أو الذات المنطقية (سعفان ، 2003).

ويقال في اللغة العربية وسوس الشيطان له وله في صدره وسوسة ووسواسا، حدثه بما لانفع فيه ولا خير ويقال أيضا وسوسة النفس أي تحدث حديثا مختلطا (المعجم الوسيط (1973)

والوسوسة والوسواس هو حديث النفس يقال : وسوست إليه نفسه وسوسة ووسواسا بكسر الواو والوسواس (بالكسر) المصدر والوسواس بالفتح هو الشيطان (لسان العرب، 1985). ويقال قهره قهرا : أي غلبه ويقال أخذه قهرا أي أخذه غصبا (لسان العرب ، 1985).

وفي موسوعة علم النفس التحليلي يعرف الوسواس أو الإستحواذ بأنه فكرة أو مجموعة من ألأفكار تتسلط على الفرد المريض اندفاعا ويعلل شعوره قسرا عن إرادته رغم إرادته هو نفسه بأن تسلطها على هذا الشكل غير السوي ، أما القهر فهو قوة داخلية لا تقاوم تجبر الفرد على القيام بسلوك ضد إرادته (سعفان ، 2003) .

واشار الباحثون إلى الوسواس القهري بأنه أفكار وصور تتكرر على نحو غير مبرر مما يثير القلق وبالتالي الحاجة للقيام بهذا السلوك للحد من هذا القلق ، والوسواس هو تكرارتطفلي لصورة أو فكرة بشكل مثير للقلق. وقد ينتبه الفرد بأن هذه الفكرة ليست عقلانية. ولكنه لا يستطيع منع هذه الفكرة من الظهور ، أما الفعل القهري، فهو الحاجة إلى القيام بأعمال للحد من القلق، وقد يشعربألإنزعاج إذا لم يقم بتنفيذ هذا السلوك بشكل صحيح. وغالبا ما ترتبط الوساوس بألأفعال القهرية (Sue and Sue, 2003).

وأشار الخالدي (2006) الى أن الوسواس القهري يعد ظاهرة لوجود خبرات نفسية غريبة عن الشعور كأفكار أو افعال أو مخاوف اندفاعات متكررة تتميز بالغرابة.

ومن الباحثين من أشار إلى الوسواس القهري باعتباره أفكارا أو دوافع لا شعورية تتسلط على الفرد وتلح عليه على الرغم من شعوره بسخافتها وعرقلتها لسير تفكيره. فإذا رغب أن يتخلص منها واجهته مقاومة. وإذا حاول ألإنشغال عنها عاوده ألإلحاح وألإنشغال بها.

أما **الأفعال القهرية**: فهي أفعال أو حركات تتسلط على الفرد وتلح عليه من أجل القيام بها ولا يستطيع مقاومتها رغم شعوره بسخافتها . (الرفاعي ، 2001) وأشار بطرس (2008) إلى الوسواس القهري بأنه نوع من التفكير غير المعقول وغير المفيد الذي يلازم المريض دائما ويحتل جزءا من الوعي والشعور مع إقتناع هذا الفرد بسخافة هذا الشعور وهذا التفكير مثل تكرار كلمات معينة أو عادات معينة . وعرفه زهران (2005) بأنه فكر متسلط وسلوك جبري يظهر بقوة وتكرار لدى المريض ويلازمه ويستحوذ عليه ويفرض نفسه عليه ولا يستطيع مقاومته على الرغم من وعي المريض بسخافته ولا معنوية لمضمونه ويدرك تماما بان لا فائدة منه ويشعر بالضيق والقلق إذا قاومه ويشعر بإلحاح داخلي للقيام به.

وورد في الدليل التشخيصي الرابع (DSM . IV) بأن الوسواس القهري عبارة عن أفكار مقاومة أو معتقدات أو دفعات قهرية يخبرها الشخص على أنها مقحمة وغير ملائمة وتسبب له قلقا ملحوظا وشعورا بالكرب

واشار الباحثون الى وجود مجموعة من العلامات يمكن أن تساعدنا في التعرف على وجود اضطراب الوسواس القهري من ابرزها ما يلي:

- **نوع الإستجابة المؤثرة** : وهي التي ترافق حالة الوسواس مثل: الكره، والغضب، وألألم الخطر، والرضا والسرور .
- **تكرار السلوك** : ونعني به إستمرار السلوك فترة طويلة بحيث يتم تشخيص الفرد على انه مصاب باضطراب الوسواس القهري بحيث يؤثر على مستوى تكيفه ويعرقل سير حياته . كأن تغسل يديك 12 مرة عند الوضوء مثلا.
- **مدة حدوث السلوك** : كأن تقضي ساعات طويلة في قراءة اللافتات .
- **طبوغرافية السلوك** : ويقصد به الشكل الذي يمارس فيه السلوك الوسواسي والفعل القهري كأن يقوم رجل بعد أعمدة الهاتف مرة من البداية ومرة من النهاية .
- **السلوك المتتابع**: كأن يصر شخص ما القيام بسلوك معين وبشكل متتابع ومتسلسل تصعب مخالفته .
- **النظام** : وهو عندما يتبع الفرد نظاما صارما في عمله ودراسته ولبسه بشكل يصعب أن يحيد عنه
- **المعيار الذاتي** للسلوك: ونعني به وجهة نظر الفرد عن نفسه هل هو راض أو غير راض ، هل يشعر بالضيق والإنزعاج من تلك الوساوس والأفعال أم انه لا يكترث بها.
- وهناك معايير أخرى يمكن النظر اليها بعين الاعتبار في الكشف عن السلوك الوسواسي لدى الأفراد. مثل: الإختبارات النفسية، والمقابلة والملاحظة وغيرها.

3: 5: 2 اضطراب الوسواس القهري في نظريات علم النفس والدراسات ذات الصلة:

تحدث عدد من علماء نفس عن اضطراب الوسواس القهري. فيرى التحليليون أننا إمام حالة مكبوتة يشكل ظهورها على حيز الشعور خطرا على الذات. وما الأفعال القهرية إلا وسائل من أجل الهروب من ذلك الخطر على الرغم من شعوره بسخافتها وهذه الوساوس تمثل ردود فعل تنكرية لدوافع لا شعورية، وهي تحول الدوافع المكبوتة إلى صرف داخلي أو صرف خارجي للطاقة ، والمراهق الذي يسرف في عملية التنظيم لأدواته وكتبه بشكل مبالغ فيه ما هو إلا عمل يقوم به من أجل أن يغطي على عدم التنظيم الداخلي الموجود لديه. حيث يعاني المراهق في هذه الفترة من مجموعة من الصراعات التي تسيطر عليه في هذه الفترة. وهي صراعات مرتبطة بالقيم والمفاهيم ومعاني ألأشياء. وقد يكون هذه السلوك القهري شديدا وعظيم ألإلحاح بحيث يصبح عصابا يهدد الفرد بالعجز وفي هذه الحالة تعتبر الوساوس والأفعال القهرية على أنها شعور بالإثم وحالة من الكبت أو دوافع عدوانية شديدة . (الرفاعي ، 1987)

وقد وجد فرويد من خلال معالجته لبعض مرضاه أن هذه الوساوس تمثل إنعكاسا لقلق ينبع من ألإحساس بالذنب من عملية الاستمناء عندما تم وضع المريضة تحت الملاحظة المستمرة. ويظهر المصابون بهذا الاضطراب العديد من آليات الدفاع النفسي مثل النكوص وهو دافع يعمل من أجل تكفير عن دافع ممنوع من خلال ألانخراط بالأنشطة، والطقوس المتكررة حيث يرمز ذلك إلى تطهير النفس من رغبات اللاوعي. ولأن الصراع ألأصلي باق في كل ألأحوال، فإن الفرد مضطر للقيام بفعل التكفير مرة تلو الأخرى، كما يقوم المصاب بهذا ألاضطراب بوسيلة دفاع أخرى وهي العزل والذي يسمح بفصل الفكرة عن تأثيرها ألأصلي، وأن العزل وتبرير ألأشياء والموضوعية جميعها تقلل من القلق الناتج من الأفكار العدوانية والجنسية الواضحة (Sue and Sue, 2003) .

ويعتبر مورر Mowere صاحب نظرية العاملين اكتساب واستمرار وتدعيم الخوف والسلوك التجنبي لتفسير الخوف المرضي والوسواس القهري وافترض بأن الحدث المحايد يقترن أولا بالخوف نتيجة ارتباطه بمثير يثير الخوف والشعور بعدم الإرتياح. ومن خلال تكرار العمليات الشرطية تكتسب الأحداث والأفكار والأشياء القدرة على إثارة القلق وعدم الارتياح، وفي المرحلة الثانية تتطور استجابات الهروب والتجنب للتخفيف من الشعور بالقلق الذي تثيره مثيرات متعددة مما يساعدها على ألاستمرار والنجاح في تخفيف ذلك والتقليل من مستوى القلق ،

ولقد تبنى كل من دولارد وميلر Dollard and Miller (1950) وجهة نظر مورو في تفسير الخوف المرضي والوسواس القهري بسبب طبيعة هذا المرض. فلا يمكن تجنب العديد من المواقف اللتي تثير الوسواس فعلا (بارلو، 2002). ويرى كل من راشمان وولسون (Rachman and Wilson, 1980) أن العديد من المرضى يصعب عليهم تذكر ألأحداث ألأولى المرتبطة بوقف الخوف منذ البداية. وإقترح واتس (Watts, 1970) وجود إحداث تعمل على توجيه إشارات لها ميل متأصل لإثارة الخوف عند الفرد. وأقترح

تيسديل (Teasdale, 1974) بأنه يمكن تعزيز إستثارات القلق من خلال التجارب الأولى بواسطة التوتر. إضافة إلى الإثارة والأعراض الفسيولوجية بحيث تؤدي إلى ظهور أعراض الوسواس القهري. وأيد كازدن وبلاك (Kasdan & Bllach, 1986) وجود أدلة تشير إلى أن الوساوس تؤدي إلى ظهور القلق والأفعال القهرية وتعمل على زيادة ضربات القلب وتعرق الجلد أكثر من الأفكار العادية.

واكدت المدرسة السلوكية بأن السلوك محكوم بنتائجه ويرى سكنر Skinner أن السلوك عبارة عن سلسلة من إستجابات وان كل إستجابة تثير الأخرى حسب النتيجة المترتبة عليها: مقدمة ← استجابة ← نتائج . فإذا نجح أي فعل قهري في تخفيف القلق أو الخوف. فسوف يتم تثبيته وتكراره فيما بعد أو بمعنى آخر تم تعزيزه ، ويرى راشمان (Rachman (1976) أن الفرد يلجأ إلى الفعل القهري من أجل تجنب العقوبة في إنتقاد الآخرين له أو عقاب ذاتي مثل الشعور بالذنب، والأشخاص الذين يشعرون بهذه الطريقة ويفكرون بها يكون لديهم حساسية للنقد إضافة إلى توقع العقاب.

وفي ضوء نظرية التعلم الاجتماعي فسر روتر Roter الشخصية بالدافعية والتعزيز والمعرفة والموقف السيكولوجي مشيرا الى أن السلوك يحدث ضمن سياق إجتماعي مليئ بالمعاني والخبرات التي تؤثر على الفرد وكذلك الحاجات التي يسعى إلى إشباعها. واكد باندورا Bandura على دور القدوة والملاحظة في تقليد السلوك الوسواسي الذي قد يظهر من قبل الوالدين خصوصا في السنوات الأولى من عمر الشخص، وأن هناك سمات خاصة بالوالدين قد تلعب دورا في ظهور هذا المرض مثل التصلب والتردد. كذلك التنشئة الأسرية الصارمة وانقد والحماية الزائدة .

ويرى ريتشمان (Rachman, 1976) أن الأحداث البيئية تساهم في تطور إضطراب الوسواس القهري حيث لوحظ بأن الوسواس القهري يظهر في الأسر الذين لديهم توقعات مرتفعة وأكثر تحكما وأكثر نقدا وتتم تنشئة هؤلاء الأبناء على الإهتمام بكل الأمور التافهة والمهمة على السواء. وأشار تيرنر Tarner الى أن سلوك المراجعة يعود إلى نمط التنشئة الذي يعتمد على المسؤولية وطبيعة الدور الذي يؤديه كل من الابوين في تنشئة الابناء.

وقدمت النظرية المعرفية عدة تفسيرات لمرض الوسواس القهري فيرى كار (Carr, Vandiver, 2001) أن لدى مرضى الوسواس القهري توقعات عالية ومبالغ فيها للنتائج السلبية ويبالغون في تقدير هذه النتائج وفي محتوى القلق الذي قد يظهر لديهم مثل قلق الموت ، والصحة ، ورفاهية الآخرين والدين وهناك تشابه بين مصادر القلق عند الأشخاص العاديين ومرضى الوسواس القهري وهذا يتفق مع ما قدمه بيك Beck (1976) حيث يرى أن محتوى الوساوس يرتبط بالخطر في شكل شك أو تحذير .

ويرى ماك فول وولرشن (MC Fall and Wollerahein(1979 أن مرضى الوسواس القهري يتمسكون بأفكار خاطئة مثل الشخص الذي عليه أن يتمتع بالكفاءة التامة في كل المجالات حتى يصبح جديرا بالإحترام والتقدير وان الفاشل في

تحقيق الكمال يجب أن يعاقب. كما ان المصائب والكوارث يمكن منعها من خلال طقوس معينة ، ويرى أصحاب هذه النظرية أن المعتقدات الخاطئة تؤدي إلى إدراك خاطئ للتهديد ، وميل المصابين بهذا ألإضطراب إلى التقليل من شأن ذواتهم مما يؤدي إلى سوء أدائهم للمهام خصوصا إذا مارسوا ألأفعال القهرية وأن هذه الطقوس هي مصدر الحماية من مشاعر التهديد . (بارلو، 2002)

ويفسر أليس أضطراب الوسواس القهري من خلال الأفكار اللامنطقية التي يعيشها الفرد ويتبناها ، وان الشخص الوسواسي يتبع أساليب تفكير خاطئة مثل المبالغة وألإستنتاج الخاطئ والتعميم الخاطئ والتطرف في إطلاق ألأحكام ومثل هذه ألأساليب في التفكير تؤدي إلى نشوء المرض .

يرتبط الوسواس بالسلوك القهري إرتباطا وثيقا حيث أن الوسواس فكرة تراود الفرد وتتسلط عليه على الرغم من سخفها وتفاهتها أما السلوك القهري فهو أفعال حركية تلح على الفرد على الرغم من عدم جدواها ويظل يقاوم وكلما زادت المقاومة زاد التوتر إلى أن يقوم الفرد بتلك ألأعمال (كفافي ، 2005)

ويعتبر العلاج السلوكي المعرفي من ألأساليب العلاجية الحديثة نسبيا والذي ارسي دعائمه كل من أليس Eills وبيك ، Beck حيث حاول هذا الإتجاه ألإستفادة من كل من النظرية السلوكية التي تفسر السلوك على أنه متعلم من البيئة والنظرية المعرفية التي تفسر السلوك على أنه نتيجة التفكير الغير منطقي ، وقد أظهرت العديد من الأبحاث والدراسات أن هذا ألإتجاه ذو فعالية كبيرة في علاج إضطراب الوسواس القهري ، ومن ألأساليب السلوكية مثل إعادة ألإشراط والكف ، وتشتت ألإنتباه ، بينما يستخدم العلاج المعرفي أساليب مثل مناقشة الأفكار اللاعقلانية و تأكيد الذات والواجبات المنزلية وتسجيل الأفكار، ومما تجدر الإشارة إليه أن إضطراب الوسواس القهري من الإضطرابات التي يحتاج علاجها إلى وقت (سعفان ، 2003)

3: 5: 3 الاليات الدفاعية التي يستخدمها العصاب بالوسواس القهري:

يستخدم المصابون بالوسواس القهري عددا من الاليات الدفاعية من اجل خفض القلق. من ابرزها:

- **النكوص Regression**: حيث يستخم المصاب بالوسواس القهري النكوص في مواجهة الاحباط في صورة حنين الى انماط ماضية من الاشباع كانت بالنسبة اليه اكثر اكتمالا. وقد اشار فرويد الى انه في حالات الوساوس القهرية ينكص اللبيبدو (الطاقة الجنسية) الى المرحلة الشرجية السادية. ومن اعراض ذلك: التناقض الوجداني: وهو اتجاه الحب والبغض نحو شخص واحد والتي يفسرها فينخل بطبيعة المرحلة الشرجية وتماثلها مع الجنسية المثلية. والاهتمام بالتفصيلات: ويربط بينها وبين النرجسية الطفلية للوظائف الاخراجية. والنظام: كسمة للشخصية بحيث يمثل

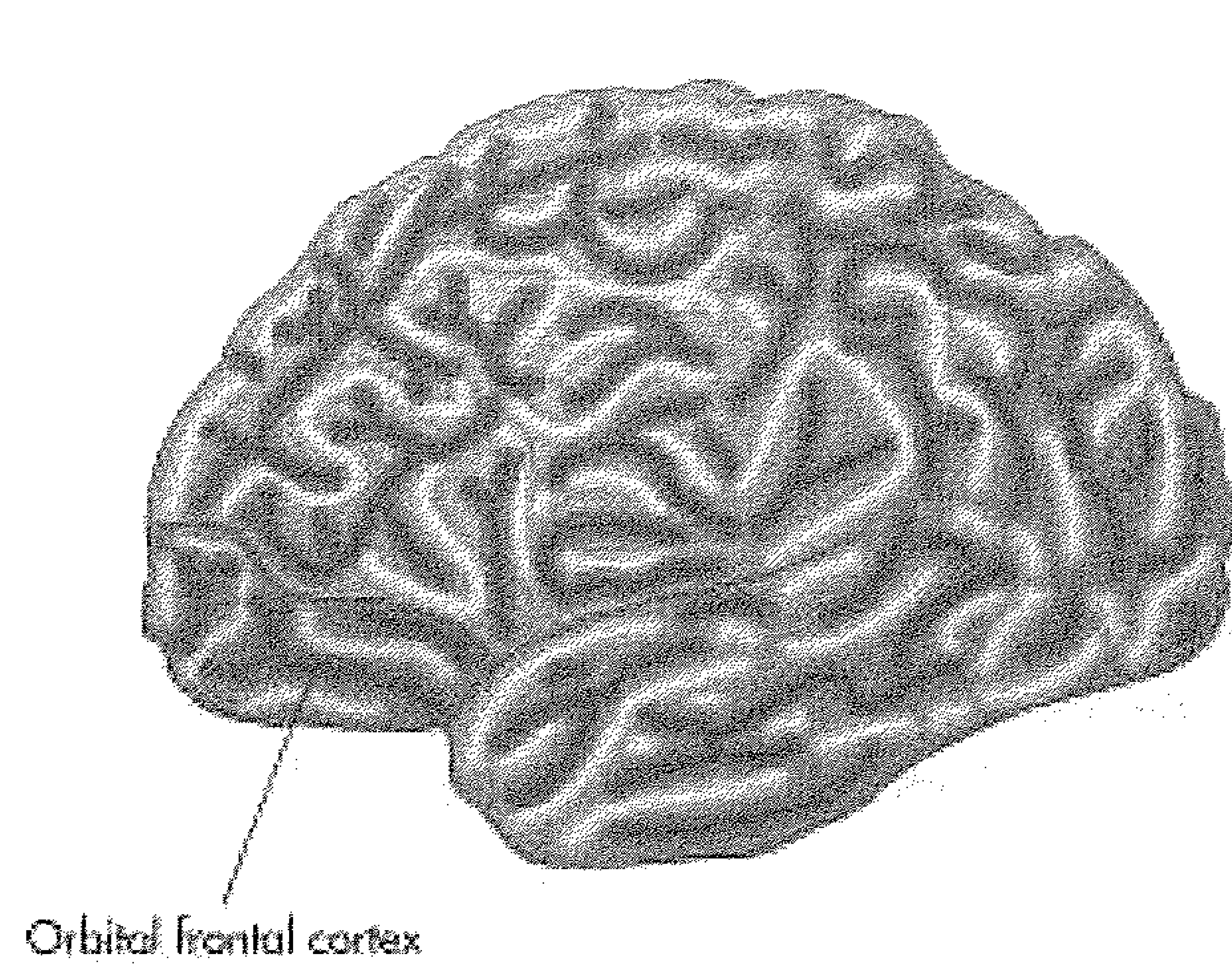
الصورة المتطورة للطاعة وما انماط الشخصية في حسن الملبس وضبط المواعيد وشدة التدقيق والحشمة الا اساليب دفاعية يلجأ اليها المصاب بالوسواس القهري ضد مطالبه النكوصية. وهو بهذه الانماط انما يحس بالامن والامان. فنرى المصابين بهذا المرض شغوفون بوضع الجداول الزمنية الصارمة لهم. والادخار: وهي تمثل استمرارا لعادة الاحتجاز في المرحلة الشرجية وذا علاقة بمفهوم التملك. فالشخصية الوسواسية تعتبر اتلاف المال وبعثرته غير منطقي.والعناد: فالاشخاص العنيدون مفعمون بحاجات نرجسية يتحتم اشباعها مناهضة للقلق او شعور اثم.

- **العزل:** ونعني به تجريد ذكريات التجارب الكريهة ويفسرها اعراض قهرية مثل: **التفكير المجرد،** وتحريمات اللمس، والمبالغة في أعمال الفكر والسحر والخرافة. فرغم اتصاف القهريين بارتفاع مستويات ذكائهم الا انهم يميلون الى السحر والخرافة.لتناقض الانا لديهم. في جزء منها منطقي والاخر سحري والعزل يبقي على هذا التناقض.

- **الكبت:** وهو ميل لا شعوري الى عدم الوعي وهو مصدر عذاب للمصاب بالوسواس القهري.

- **التكوينات المضادة:** ونعني به المغالاة والجمود والعمومية كدفاع مميز لحالات العصاب القهري التي يعاني منها المصاب.

3: 5: 4 اسباب اضطراب الوسواس القهري :



أوضحت دراسات عديدة وجود أدلة **وراثية** حول ألإصابة باضطراب الوسواس القهري. فقد أكدت دراسة لويس Lewis بأن الوراثة تعد عاملا أساسيا في الوسواس القهري ، فقد لاحظ لويس ان من بين خمسين مصابا بالوسواس القهري وجد منهم سبعة وثلاثين شخصا لديهم سمات قهرية مرتبطة بأحد الوالدين. وأكد سادلر في دراسات أخرى وجد أن هناك سمات قهرية لكلا الوالدين. كما أكد سادلر ، Sadler

على دور العامل الوراثي وأثره على الوسواس القهري حيث كشفت سجلات عيادته طوال خمس وثلاثين عاما دور الوراثة في الاصابة بهذا المرض. وأجرى كل من براون Brown ، ومنجر Menninger عددا من الدراسات التي أكدت على ان الجينات ليس لها علاقة بهذا ألإضطراب ، وان كل ما تم التوصل إليه بهذا الصدد راجع إلى عملية التوحد مع أحد الوالدين.

ويرى العديد من علماء النفس بأن إضطراب الوسواس القهري مرتبط بعوامل بيئية فقد أكد لافلن laughlin بأن نماذج معينة من الآباء من شأنها أن تؤدي إلى مثل هذا ألإضطراب مثل الحرمان من الحب والعطف والحماية الزائدة. وكذلك التنشئة الوالدية المرتفعة التوقعات، ويرى لافلن أن المجتمع الحديث مسؤول عن العديد من السمات القهرية. فهو يشجع على النظام والدقة والنظافة والتدقيق. وهذه كلها سمات مرغوبة، ولكن المبالغة بهذه الصفات هو الذي يؤدي إلى هذا المرض، ويشير هوايت (White) أن الأعراض القهرية هي صورة مبالغة للضبط والنقد الذاتي بسبب ألإتجاهات الوالدية المبالغ فيها تجاه ابنائهم.

ويرى سوليفان (Sulivan) أن العوامل ألإجتماعية والثقافية لها دور في اضطراب الوسواس القهري خصوصا تحمل المسؤولية بوقت مبكر. وكذلك الوالدان اللذان لهما أسلوب تسلطي في تنشئة الابناء(الخالدي ، 2006)

وتشير الدراسات كذلك أن للعامل الفسيولوجي دور كبير في وجود عصاب الوسواس القهري. فقد تبين أن ألأطفال الذين لم يكتمل جهازهم العصبي، لديهم عصاب الوسواس القهري، وان لديهم خلل في الرسم الكهربائي للمخ. وذهب فريق من الباحثين الى القول بأن سبب الوسواس القهري بؤرة كهربائية نشطة في لحاء الدماغ. وهذه البؤرة تسبب حسب مكانها في اللحاء فكرة أو حركة أو إندفاعا ، كما أثبتت الأبحاث أن وجود خلل في مادة السيروتونين يؤدي إلى عصاب الوسواس والقهر خصوصا أذا تناول المريض أدوية تحتوي على هذا المركب . (Sue, Sue, & Sue, 2003)

3: 5: 5 الصورة ألإكلينيكية لمرضى الوسواس القهري:

ان الشخصية التي تعاني من وسواس قهري هي نمط من الشخصية التي يميل صاحبها إلى التمسك بالأخلاق والضمير الحي والإلتزام المبالغ فيه والتمسك بالنظام والعناد. وهي شخصية تميل إلى الشك في كل شيئ والتدقيق الزائد والبطئ في القيام بالمهام وهي شخصية غير قادرة على ألإسترخاء بسهولة وتعمل نحو الكمالية ولديها إهتمام مفرط بالتفاصيل. وغالبا ما تتصف بالبخل والشح ولديها اهتمام مبالغ فيه نحو النظافة والقلق الزائد نحو المسؤولية .(الخالدي ، 2006، زهران ،2005، غانم ، 2004)

يمكن تشخيص حالات إضطراب الوسواس القهري بأدوات صممت خصيصا لهذا الغرض مثل : إستبيان مودسلي ، إختبار ليتون، ومقياس السيكاثينيا وقائمة الوساوس القهرية. ويمكن استخدام وسائل عديدة في جمع المعلومات حول الاضطراب مثل المقابلة والملاحظة وإختبار تفهم الموضوع TAT .

هذا، وقد وصف فرويد ثلاث أنماط للوسواس القهري هي الجانب الوسواسي الوجداني ويشمل لوم الذات والقلق والخجل، وألأفكار الوسواسية وألأفعال الوسواسية وتشمل طقوس مجهدة وإجراءات الحذر وأخذ الحيطة واليقظة المفرطة للضمير والخوف من إفشاء ألأسرار ...الخ (سعفان ، 2003)

كما أورد زهران (2005) مجموعة من أعراض هذا ألإضطراب تمثلت في الأفكار المتسلطة والتفكير الإجتراري والتفكير الخرافي وألإيمان بالسحر والشعوذة وألأحجبة وألأفكار السوداء وتوقع الشر والأنطواء والإكتئاب والإستبطان المفرط في النشاط الجسمي والعقلي والقلق إذا وقع المحظور والطقوس الحركية مثل المشي على الخطوط البيضاء. وترك السوداء وعد ألأشياء مثل أعمدة الهاتف ودرجات السلم والنظافة الزائدة والتدقيق والروتين والخوف من الإصابة بالأمراض والشك الزائد .

وأشار سعفان (2003) إلى ضرورة توفر اعراض وسواسية أو أفعال قهرية أو كلاهما في فترة زمنية لا تقل عن أسبوعين وتكون مصدرا للإزعاج لأنه بحيث تتميز بسلوكات من نزوات المريض الخاصة، و فكرة مزعجة يحول الفرد مقاومتها ، وان لاتكون هذه الفكرة أو هذا الفعل مصدرا يعبر عن متعة ومتكررة بشكل مزعج.

3: 6 عصاب الهستيريا :

3: 6: 1 مفهوم عصاب الهستيريا:

الهستيريا مصطلح من الكلمة الاغريقية HYSTERA اي الرحم. فقد كانت الفكرة الشائعة في ذلك الوقت ان هذا المرض يصيب النساء بسبب انقباضات عضلية في الرحم. (زهران، 2005). وقد ورد لفظ الهستيريا عند قدماء المصريين تحت امراض الرحم. وقد اعتبر اطباء اليونان القدماء الهستيريا مرض تحول الرحم في الجسم. ومنه كانت تسمية هذا المرض.

وتشير الدراسات المتعلقة بالهستيريا ان الطبيب الالماني كرتشمر اعتبرها بقايا انماط سلوك سابقة تتميز بها المراحل الاولى للنمو التطوري للنوع phylogenesia خصوصا في مواجهة الخطر والمحافظة على البقاء في الحشرات. وشبه اعراض الهستيريا بغيبوبة الموت. وربط بافلوف الاستجابة الهستيرية بما فيها من انهيار اعصاب واضطرابات الكف والاثارة المبالغ فيهما كعمليات فيزيولوجية للقشرة

اللحائية... ربطوها من ناحية غرابة الطباع وطبيعة النوبة الهستيرية (الى جانب الاضطرابات الجسمية الاخرى) بالسيكوباتية. وقالوا انها تصيب على وجه الخصوص ذوي الجهاز العصبي الضعيف. فقد اشار بافلوف في معرض حديثه عن المصابين بالهستيريا بأن لديهم قشرة دماغية (لحاء) ضعيفة مع ضعف سائد في الجهاز الاشاري الثاني مما يؤدي الى عدم كف اللحاء الاسفل والجهاز الاشاري الاول. حيث تحوي القشرة الدماغية السفلى هذه القوس العصبي وموقع الانعكاسات غير الشرطية (ومعظمها غرائز قد نمت عبر الاجيال المتعاقبة) فكبت اللحاء مظاهر هذه الغرائز. مما يسمح لضعاف اللحاء من تنفس الغرائز كبتها في استجابات دفاعية سلبية قد تأخذ احيانا شكل اثارة حركية (نوبة الارتعاش) او كف حركي (غيبوبة هستيرية). (دسوقي، 1979)(Sue, et al, 2003).

لقد كان مرضى الهستيريا مادة الهام فرويد في صياغة نظرياته الاولى في التحليل النفسي. بعد أن استقر لديه ان اعراضها راجعة الى تجربة آليمة ذات جوهر جنسي. ظهرت في طفولة المريض. فلما منيت بالكبت، استبعدت في عنف من الذاكرة. فالقلق ومشاعر الاثم المرتبطة بالخبرة المكبوتة هي التي تؤثر في السلوك الظاهر. ولو لم يشعر المريض اي نحو من الشعور بهذه القوى الدفينة. ولقد قامت محاولات فرويد ومن جاء بعده من علماء النفس لتخفيف حدة النواحي الجنسية في تشخيص الهستيريا. الى ان صرح كل من الطبيب مايو وجانييه بان هذه الحالة تعد حرمانا جسميا Physical deprivation او انه الارهاق العصبي nervous collapse بدلا من الجنس.

وقد انكر فرويد ان تكون البيئة اصل المرض واعتبر الاستجابات الهستيرية ايضا نتيجة صراعات جنسية لم تحل بالطرق الطبيعية بين الغرائز الفطرية وبالتالي لم تلق التعويض.

الا ان النوبة الهستيرية تتوقف الى حد كبير على الظروف الخارجية خصوصا اذا انطوت هذه الظروف على عوامل تصدم المريض او اذا اشبه الموقف الراهن خبرة ماضية مؤلمة حيث لا يغيب الشعور تماما. وانا يضيق مجاله فحسب ويحتفظ المرضى بعلاقاتهم مع البيئة الخارجية. وقد تستمر نوبة الهستيريا لبضع دقائق او عدة ساعات. خاصة اذا احاط الاخرون بالمصاب واغلب حدوث النوبة الهستيرية في النهار بالنظر للطبيعة الكفية والتنويمية للمرض.

3: 6: 2 تعريف الهستيريا:

عرف الباحثون الهستيريا على انه مرض نفسي عصابي تظهر فيه اضطرابات انفعالية مع خلل في اعصاب الحس والحركة. وانه عصاب تحولي تتحول فيه

الانفعالات. وعرفه آخرون بأنه اضطراب عصبي ليس من الضروري ان يتميز بالسلوك الهستيري الشائع. كالصراخ او البكاء او الضحك . بل ميزته الرئيسية التفكك العقلي Mental dissociation وتعدد الشخصيات Multiple personality (الذي وصل في احدى الحالات المشهورة الى خمس شخصيات مختلفة). كما يتميز بالاختلال Disturbance الواضح في النشاط الجسمي والعقلي. وقد تنشأ عنه أمراض عضوية كالعمى الهستيري (الذي أصاب احد رجال الاعمال اثر عجزه عن سداد ديون اقترضها لانقاذ تجارته المتدهورة). وكالصمم، وفقدان الذاكرة الكلي (دسوقي، 1979). واشار فريق ثالث الى الهستيريا على انها مرض عصبي يتميز بظهور اعراض وعلامات مرضية بطريقة لاشعورية. ويكون الدافع في ذلك الحصول على المنفعة الخاصة او جلب الاهتمام والهروب من موقف خطير او لحماية الفرد من الاجهاد الشديد (العبيدي، 2008).

3: 6: 3 انواع الهستيريا:

يتضمن عصاب الهستيريا نمطين من الاضطراب . يرجعان إلى عوامل مسببة واحدة :

أولا: الهستيريا التحولية :

تحدث الهستيريا التحويلية في معظم الاحيان في الفترة ما بين متوسط المراهقة ومتوسط الاربعينات. على انها تحدث ايضا بعد الاربعينات كما تحدث احيانا في الاطفال. وتظهر الاعراض التحويلية في العضلات حيث الشلل الذي قد ينتاب احد الاطراف العليا او السفلى للمصاب. او كلا طرفيه العلويين او السفليين. او كلا طرفيه من جانب واحد من الجسم او قد ينتاب الاطراف الاربعة. (سلطان، 1992)

وفي الهستيريا التحويلية تتحول الاضطرابات الانفعالية إلى أعراض جسمية كالشلل وفقدان البصر. وعندما تشفى الاعراض الجسمية المصاحبة للهستيريا التحويلية تعود حالة القلق للمريض. وفي بعض الحالاتت العقلية تستمر اعراض القلق مع اعراض الهستيريا التحويلية. الا انه في بعض الحالات تنقل مشاعر القلق من مواقعها الأصلية وتصبح مرتبطة ببعض المخاوف او بعض النوبات كالخوف من فشل نبضات القلب. وقد اطلق فرويد على هذه الحالات بهستيريا القلق او الهستيرية الحضرية.

وتتضمن نوبات الهستيريا التحولية حركات تشبه الحركات التوترية والتواترية في حركات تشنجية تتضمن جمود الجسم كله مع انقباض وغلق العينين او فتحهما. وتستمر النوبة منها ما بين دقيقة الى ساعة او ساعتين. كما في الصرع.

تتميز الهستيريا التحويلية بالخصائص الاتية (دسوقي، 1979):

- ظهور اعراض جسمية دون وجود أية اصابة او تلف عضوي. ومن بين هذه

الاعراض الهستيرية: الشلل. سواء بانقباض العضلات Contracture وتقلص عضلات الوجه واختلاجاتها.

- هدوء الاتجاه العقلي Calm mental attitude الذي اسماه جانييه باللامبالاة الجميلة .
- الحالات العقلية الخيالية او القصصية التي فيها يشغل عدد محدد ومتناسق من الوظائف العقلية مجال الشعور واستبعاد محتويات الشعور العادية. مثال ذلك: حالات الهروب، والجوال النومي، وحياة الاحلام، والحالات النوبية ... وغيرها.
- ومن بين الاعراض الحسية للمصاب: تخدر الحس (أي بطلانه) Anesthesia أو التنميل (اي فساده) Parathesia او شدة الحساسية Hypersthesia التي قلما يتمشى توزيعها مع الطبيعة التشريحية
- ومن بين الاعراض الحشوية Viaceral التي تظهر على المصاب : فقدان الشهية للطعام، والشره، والقيء Nausea واختلاج التنفس، والفواق (الزغطة) وآلام البطن وانتفاخها... الخ.
- اما ما يتعلق بالعلاقة بين الهستيريا التحويلية والقلق. فقد لوحظ انه عندما يشفى المريض من الاعراض الجسمية المصاحبة للهستيريا التحويلية فان حالة القلق تعود اليه. وفي بعض الحالات العقلية تستمر اعراض القلق لدى المريض مع اعراض الهستيريا التحويلية. فتزاح أو تنقل مشاعر القلق من مواقعها الاصلية وتصبح مرتبطة ببعض المخاوف او بعض نوبات الخوف. حيث اطلق فرويد على هذه الحالة بالهستيريا القلقية او الهستيرية الحضرية.

ثانيا: الهستيريا التفككية :

تتميز الهستيريا التفككية بفصل انشطة المريض عن وعيه الشعوري بها. وتشمل الكثير من الاعراض كفقدان الذاكرة والهوجاج والمشي أثناء النوم وفقدان الذات والذهول الهستيري. وفي ذلك تحقيق لوطأة القلق الذي يعاني منه. ويصاحب المصاب لفقدانه الذاكرة هروب من مواقف الحياة المهددة او التي تهدده. حيث يصبح المصاب في حالة دوخان وعندما يصل الى نهاية رحلته بعيدا عن منزله فانه يجد نفسه عاجزا عن تذكر من يكون او من أين أتى. (العيسوي، 1990)

وفي حالة فقدان الذاكرة الهستيرية فان المريض يفقد ذاكرته فيما يتعلق بمن هو وبحياته السابقة قد تمتد معه احيانا لبضع ساعات او ايام . وبعد انتهاء النوبة تعاوده ذاكرته فيما عدا تذكره لأحداث فترة معينة قد تكون عدة ايام او اسابيع او اشهر. ويتميز فقدان الذاكرة الهستيري بأنها تبدأ وتنتهي فجأة. وغالبا ما يرافقها وجود ضغوط انفعالية واضحة في حياة المريض وعادة ما يتقبل المريض فقدان ذاكرته بهدوء دون ان ينزعج كثيرا بسببها.

أما فقدان الذات فهي حالة تنشأ عن عمليات تفككية حيث يضطرب الشعور بالذات لدى المريض ويحس بأنه قد تغير او اصبح شخصا مختلفا تماما عما عهده في

نفسه. وقد ينتاب المريض حالتان منفصلتان من الشخصية تمثل احداها شخصيته اليومية وشخصية مختلفة فتختلف سلوكه عن حالته العادية وعندما تنتاب المريض أي من الشخصيتين يفقد ذاكرته للشخصية الاخرى تماما.

والهوجاج: اضطراب تفككي يرحل فيه المريض مسافة طويلة مع فقدان ذاكرته وعدم التعرف على ذاته. ثم يستعيد ذاكرته الا من احداث الفترة التي قام اثناءها برحلته. ويسبق الهوجاج في الغالب ضغوط انفعالية شديدة بحيث يبدو الهوجاج ابتعادا لا شعوريا عن ازمة مؤلمة في التفاعلات البيئية في حياة المريض.

وفي الذهول الهستيري ينتاب المريض شعور ملبد وينعزل عن الناس. وقد يجلس وينام هادئا دون وعي واضح بأحداث بيئته. واحيانا ينتابه التثاقل او النوم العميق، ورفرفة الجفن او حركات واوضاع شاذة للطرفين والجسم من وقت لآخر. قد تستمر معه دقائق او عدة اسابيع.

وينتاب المريض تلبد في الشعور وهلاوس حيث يبدو المريض وكأنه يعيش احداثا مشحونة بالانفعال الشديد. او قد يقوم بأفعال يرغب فيها لاشعوريا فيتحدث على شكل هذيان مع اشخاص يتخيلهم ويراهم ويسمعهم. وقد يقوم بافعال غريبة فيستجيب المريض لما يوجه اليه من اسئلة استجابة عديمة المعنى وغير دقيقة. بالرغم ان المريض قد ادرك الى حد ما طبيعة السؤال. وقد يحاول الاكل بأن يضع الملعقة في أذنه. ويرى معظم الاطباء ان هذه الاعراض هي اعراض جانزر وهي احدى صور الاضطراب الهستيري التفككي.

3: 6: 4 العوامل المسببة للهستيريا:

يرى بافلوف ان السبب الرئيسي للهستيريا هو ضعف قشرة المخ بسبب الاستعداد الوراثي خاصة وان التكوين الجسمي النحيف للمصاب سبب في حدوث هذا المرض. وقد اظهرت الفحوص الطبية لعدد من مرضى الهستيريا وجود حالات تخريب عضوي في الدماغ. ويشير الدباغ (1974) في هذا الصدد الى ان شاركوت كان اول من درس الحالات العصابية لعدد كبير من الافراد ممن كانوا يعانون من اعراض هستيرية فوجد ان اسباب هذا المرض يعود الى ضعف الجهاز العصبي مما يهيء المصاب الى الاكتئاب. بينما اكد جانييه على الاسباب النفسية للمرض مشيرا الى ان الهستيريا ما هي الا ردود افعال خاطئة مكتسبة. وتغلب اللاشعور على الشعور لدى المصاب.

ويرجع اقطاب مدرسة التحليل النفسي الهستيريا الى حالة الصراع بين الغرائز والمعايير الاجتماعية. وكذلك الصراع الشديد بين الانا الاعلى والهو والتوفيق بينهما عن طريق العرض الهستيري والاحباط وخيبة الامل في تحقيق اهداف المصاب ومطالبه.

ويكتسب الطفل من والديه سمات الشخصية الهستيرية. كما تلعب البيئة والمحيط والعلاقات الاجتماعية للمصاب دورا بارزا في حدوث حالات الهستيريا لديه خاصة اذا ما تعلق الامر بحالات الاحباط والفشل في حب او صداقة او التعرض لحادث مؤلم.

وتؤدي ضغوط التفاعلات البيئية التي يتعرض لها المريض في ماضيه وحاضره الى اضطرابات انفعالية تتحول الى اعراض جسمية كالشلل وفقدان البصر كما في الهستيريا التحويلية أو تؤدي هذه الاضطرابات الى انشقاق او تفكك افعاله من شعوره بها فلا يشعر المريض بالقلق المؤلم لأنه لا يواجه اي صراعات.ففي العرض الجسمي يجد المريض حلا لقلقه. ويتجنب ان يصبح تحت تأثير مشاكل تفاعلاته البيئية.

3: 7 الاكتئاب:

3: 7: 1 مفهوم الاكتئاب وطبيعته:

يمكن تعريف الاكتئاب بأنه اضطراب نفسي يشعر فيه الشخص بالقلق والحزن والتشاؤم وغالبا ما يشعر بالذنب او العار كما يقلل الشخص من ذاته . ويعاني المريض بالاكتئاب من كثير من الكراهية المكبوتة بسبب الرفض الانفعالي الذي يكون قد تعرض له في طفولته وبلوغه. بحيث تتجه الى ذاته لأنه لا يستطيع ان يعبر عنها تعبيرا خارجيا ملائما. وعندما توجه الكراهية الى ذات المريض فأنه يشعر بعدم الاهمية والكفاءة الى درجة قد تصل الى تحطيم الذات بالانتحار. واذا ما ظهرت الكراهية المكبوتة عنده، فانها تغمره بالاحساس بالذنب والقلق وهما عرضان للاكتئاب العصابي.

ينشأ الاكتئاب عندما يفقد المصاب شيئا ذا قيمة له. كفقدان شخص عزيز عليه او ممتلكاته او عمله او مكانة اجتماعية كان يتميز بها. وقد تثير الاحداث السارة كذلك اكتئابا لدى الشخص. كزواج ابنه او ابنته. وقد تكون الترقية في العمل واستلامه منصبا جديدا حيث المسؤوليات الجديدة والتي قد تثير فيه احساسا بعدم الامن والقلق وبالتالي الاكتئاب.

وقد يكون التغير البيوكيميائي في الجسم عاملا يثير الاكتئاب. وقد شخص الاطباء حالات مرضية يستجيب المريض للعقاقير المضادة للاكتئاب وقد تحدث له نكسات فجائية عندما يتوقف عن تناول العقاقير الطبية او يقلل من كمية جرعاتها.

يعتبر الاكتئاب من اكثر الاضطرابات النفسية انتشارا حيث شهدت الفترة الاخيرة من النصف الثاني من القرن العشرين زيادة هائلة في انتشار مرض الاكتئاب في شتى انحاء العالم. كما يعد الاكتئاب اكثر الاضطرابات النفسية شيوعا في الولايات المتحدة حيث تراوحت نسبة انتشاره ما بين 15 – 17 % (Ebemeier, et al, 2006).

وتظهراعراض اضطراب الاكتئاب لدى العديد من الافراد خاصة في مرحلة المراهقة، بحيث ينتج من التفاعل بين الاضطرابات النفسية، والقيود السلوكية، والتشوهات المعرفية (Gurege,2008). مما يفسر الارتباط بين الانفعالات وحالات القلق المتكرره والمستويات المرتفعة من ضغوطات الحياة التي يتعرض لها المراهقون الذين يعانون من الاكتئاب (Walker, Baber, Garber & Smith, 2007.; Rusu & Hasenbring, 2008). وتشير الدراسات في هذا المجال (Dozois & Dobson, 2004)انتشار الاكتئاب عند الاناث بشكل اكبر من الذكور ويفسرون ذلك بعوامل عديدة منها الاختلالات الهرمونية وعدم المساواة، والتمييز العنصري والفقر بالاضافة الى الاختلاف في انماط التفكير.

وأكدت الدراسات النفسية العلاقة بين تقدير الذات والحاجات النفسية وأن التقدير السلبي للذات يرتبط بالاكتئاب (Kristen, et al.; 1999) والعلاقة بين الشعور بالثقة والاحترام الوالدى وإشباع الرغبة يعزز تقدير الذات. كما تشير نتائج دراسة روبرت وجوتب (Roberts & Gotib, 1997)إلى العلاقة الدالة إحصائيا بين تقدير الذات وكل من القلق والاكتئاب والعصابية، وتكشف دراسة نلسون وآخرون (Nielson, et al.; 1996) ، إلى أن تقدير الذات يمكن تعديله وتحسينه بواسطة تعديل المعتقدات العقلية. كما أن دافعية الانجاز تمت دراسته وعلاقته بتقدير الذات. وتم التعرف على مصادر ومستويات الضبط وعلاقة كل منهما بتقدير الذات. وعلاقة تقدير الذات بالمتغيرات النفسية كالقلق والاتزان الانفعالي- الاجتماعي.

3: 7 : 2 الصور الاكلينيكية للاكتئاب:

حدد علماء النفس صورة متفق عليها للاكتئاب من الناحية الاكلينيكية. حيث ورد في الدليل التشخيصي الثالث المعدل للجمعية الامريكية للطب النفسي DSM III – R بعض المعايير المحددة للاكتئاب على النحو التالي:

أولا: ظهور خمسة من المؤشرات التالية التي تحدث تغيرا في سلوك المريض المكتئب على مدى اسبوعين . وعلى ان تشير واحدة كحد ادنى الى وجود الاكتئاب العصابي كما يلي:

- حالة نفسية اكتئابية
- فقدان الاهتمام او القدرة على الاستمتاع بمباهج الحياة

ولا تدخل في ذلك الاعراض التي تسببها حالات فسيولوجية، أفكار هذيانية، هلوسات غير متطابقة مع الحالة الاكتئابية. يصاحب ذلك بعض التغيرات الجسمية والعقلية والانفعالية مثل:

- حالة اكتئابية خلال معظم اليوم كالحساسية الزائدة في الطفولة مثلا.

- انخفاض الاهتمام بالانشطة وعدم القدرة على التمتع بها.
- فقدان او زيادة في الوزن دون اتباع نظام غذائي مقصود لانقاص الوزن (الريجيم). ويتم الفقدان او الزيادة بمعدل 50% من الوزن خلال شهر.
- الأرق الشديد كل ليلة تقريبا (خاصة صعوبة الدخول في النوم) وفقدان الشهية وفقدان الرغبة في المعاشرة الجنسية.
- اضطراب السلوك النفسي الحركي يوميا (بشكل يلحظه الآخرون)
- الانهاك وفقد الطاقة (ويتكرر ذلك يوميا)
- مشاعر الاحساس بعدم الجدوى او الجدارة او بالذنب
- انخفاض قدرات التفكير والتركيز وتلك المتعلقة باتخاذ القرارات
- تكرار الافكار عن الموت (افكار انتحارية متكررة بدون خطة معينة او محاولة انتحارية).

ثانيا: الأ يكون سبب الاضطراب عضويا

ثالثا: الأ توجد افكار هذيانية او هلوسات استمرت اكثر من اسبوعين (سواء قبل ظهور الاعراض ام بعد ظهورها).

رابعا: الحزن وحالة التبلد الشعوري (اليأس)

وقد يلجأ المصابون بالاكتئاب الى اهمال صحتهم ومظهرهم الشخصي العام . وقد تصدر عنهم الكثير من الشكاوي بأنهم يعانون من الام شديدة وصداع قاس بدون اسباب عضوية حقيقية. ونادرا ما تظهر على الشخص المصاب كل اعراض الاصابة بهذا المرض بشكل ظاهري. ومن ثم فلا مفر من اجراء الفحوص اللازمة حالما تظهر بعض من هذه الاعراض الخاصة بهذا المرض. وبخاصة عند ملاحظة علامات الحزن الدفين على الشخص المصاب بشكل يؤثر على مكانة المريض في الحياة.

يتميز الاكتئاب النفسي في صورته الاكلينيكية بحدوث مجموعة من التغيرات المعرفية والمزاجية والجسمية والسلوكية الناتجة عن حدوثه كاستجابات مميزة له. وهذه التغيرات هي (امام والرمادي، 2001):

- **تغيرات معرفية:** كنقص القدرة على التركيز، ونقص القدرة على الفهم السريع، والتصور الانتحاري، والنظرة السالبة الى الذات والعالم والماضي والمستقبل، والانتقاص من قدر الذات ونقد الذات.
- **تغيرات مزاجية:** كالشعور بالحزن الشديد والضيق مساء او الغم، والتبرم من كل شيء، والشعور بالذنب واليأس والشعور بالنقص.
- **تغيرات جسمية:** كنقص الشهية، وصعوبة الدخول في النوم، وتنالجنسية

- **تغيرات سلوكية:** كالانعزال الاجتماعي، والانسحاب والسلبية والتردد في اتخاذ القرارات والعنف والتحدث بصوت منخفض. واهمال المظهر الشخصي، واهمال النظافة الشخصية، وصعوبة التعامل مع الاخرين.

3: 7 : 3 تصنيف الاكتئاب:

قسم المنظرون والباحثون الاكتئاب نوعين رئيسين هما:

- **الاكتئاب داخلي المنشأ او العقلي (الذهاني) Endogenous depression :** ينشأ هذا الاكتئاب من عوامل داخلية بمعنى ان له وجود داخل الجسم ويفترض ان يكون له اسباب جسمية. وينقسم الاكتئاب الذهاني الى ستة اقسام هي: النوع الاكتئابي، والنوع الهوسي، والنوع الدوري، والنوع المختلط ، والسواد الارتدادي (اكتئاب سن اليأس).
- **الاكتئاب الخارجي او النفسي او العصابي او التفاعلي Exogenous depression** : ينشأ الاكتئاب الخارجي او النفسي او العصابي او التفاعلي عن عوامل بيئية خارج الشخص نفسه كفقدان شخص محبوب او فقدان اي شيء ذي قيمة كبيرة كمصدر تدعيم للفرد.
- **خليط بين الاثنين الاكتئاب داخلي المنشأ او العقلي (الذهاني) و الاكتئاب الخارجي او النفسي او العصابي او التفاعلي:** يختلف الاكتئاب خارجي المنشأ عن الاكتئاب داخلي المنشأ في انه يتحسن عند زوال المؤثر او الانشغال عنه بأمور أخرى. ولا يهمل المريض واقعه في هذا النوع. كما انه لا يفقد الاستجابة لمطالبه الحيوية ولا يهمل شؤونة الى درجة قد تضر به. الا ان الطبيب قد يواجه احيانا حالات تقع بين الحالتين – استجابة الاكتئاب والاكتئاب الذهاني – وتسبب اختلاطا نظرا لاختلاف نوع العلاج. وتسمى هذه الحالات بالاكتئاب المختلط. الا ان هناك بعض الاعراض الواضحة المميزة بين الصورتين الاكلينيكيتين لهذين النوعين (عكاشه، 2003).

وعرض كليمينز (Kleinmuntz, 1980) تصنيفا آخر للاكتئاب قسمه الى نوعين هما:

- **اكتئاب ثنائي القطب Bepolar depression:**حيث يتبادل الاشخاص فيه الاعراض الاكتئابية واعراض الهوس الذي يشبه الابتهاج والاثارة المفرطة كمحاولة يائسة من المريض لخداع فرد ما عن طريق انكار الاكتئاب.
- **اكتئاب أحادي القطب Unipolar depression:** حيث يكون لدى الشخص اعراض اكتئابية متعددة. ولكن غير مصحوبة بأعراض هوس. وينطبق تعريف الاكتئاب احادي القطب على الاكتئاب بصفة عامة.

هذا، وقد اورد كل من امام والرمادي (2001) الفروق بين الاكتئاب العصابي والاكتئاب الذهاني في الجدول التالي:

الفروق بين الاكتئاب العصابي والاكتئاب الذهاني

وجه المقارنة	الاكتئاب العصابي	الاكتئاب الذهاني
• الانتشار	• اكثر شيوعا.	• اقل انتشارا.
• الوراثة	• عميقة الاثر.	• دورها قوي.
• الشخصية	• واهنة متقلبة المزاج، غير ناضجة انفعاليا.	• دورية، مع تغير المزاج من الاكتئاب للمرح مع تكوين جسمي مكتنز.
• العمق	• غير عميق الجذور	• عميق الجذور.
• الانفعال	• لا يصاحبه جمود انفعالي تام.	• يصاحبه جمود انفعالي ويندر معه التعاطف الشعوري والابتسام الموضوعي والتجارب مع مثيرات الفرح. والاتصال بالواقع ضعيف ومعدوم او آلي او شبه آلي، مع عدم اتصال الافكار مع واقع الحياة.
• النكوص	• درجة النكوص عادية.	• درجة النكوص السلوكي شديدة وخطيرة. • التقييم الذاتي يميزه تحقير الذات وادانة النفس على امور لم تصدر عن الشخص. والاعتقاد في عدم استحقاقه للحياة او عدم صلاحيته.
• النشاط العقلي	• النشاط العقلي بطيء نسبيا.	• بطء وهبوط النشاط النفسي الحركي والوظائف العقلية.
• الأوهام	• لا توجد فيه اوهام او هلوسات او افكار الانعدام.	• توجد فيه اوهام اكتئابية وهلوسات اضطهادية وهذيانات الخطيئة وافكار الانعدام.
• فكرة الانتحار	• تراود المصاب فكرة الانتحار ولكن ليست عن نية صادقة. وبعد تردد واعلان وتهديد به، وخوف من الاقدام عليه، لهدف ايقاع الالم بالآخرين.	• تراود المصاب فكرة الانتحار عن نية صادقة ولكن بدون سابق تفكير، ويحدث فجأة بدون اعلان او تهديد به، ولا يخافه المريض ويقبل عليه بمشاعر جامدة بدافع اهلاك الذات.
• التاريخ العائلي	• قليل جدا.	• موجود في معظم الحالات.
• العمر	• أي سن.	• يكثر بعد سن الثلاثين.
• نوبات سابقة	• محتمل الحدوث.	• اكثر احتمالا.
• الاسباب	• موجودة وبيئية خارجية.	• غير موجودة داخلية.
• الاعراض	• اقل شدة، والمصاب	• الاعراض اكثر شدة، ويحدث

	مستبصر بحالته وملازم للواقع، وتكون اسوأ الفترات مساء، ولا يوجد اعراض ذهانية مع الاعراض السابق ذكرها، مع استجابة الاكتئاب وقلة النوم المرضي والعلل البدنية ويصعب النوم في الليل.	اضطراب للاستبصار، ويبعد المريض عن الحقيقة. وتكون اسوأ الاوقات صباحا ويوجد توتر شديد، وذهول او هياج اكتئابي مع هذاء العدمية واختلال الانية وتأنيب الضمير، والشعور بالذنب وعدم الاحقية في الحياة. ويغلب على الاعراض توهم العقل البدنية. ويصحو المريض في آخر الليل حوالي الثالثة او الرابعة صباحا. وينام المريض جيدا لكنه يستيقظ في الثالثة صباحا ولا يستطيع النوم بعد ذلك.
• العلاج	• يدرك المريض مرضه ويسعى للعلاج. • يتجه العلاج الى الناحية النفسية والبيئية. • علاجه في العيادة النفسية.	• لا يسعى المريض للعلاج. • يتجه العلاج للناحية الكيميائية والكهربائية. • علاجه في مستشفى الامراض النفسية.

3: 7 : 4 النظريات النفسية للاكتئاب :

يرى فرويد مؤسس **نظرية التحليل النفسي Psychoanalytic theory** ان الاكتئاب موجود لدى البشر منذ طفولتهم المبكرة وان الاحتياجات الفمية للطفل سبب في ظهور اعراض الاكتئاب عنده. فاما ان يبالغ في اشباعها او ان يكون اشباعها غير كاف مما قد تسبب له الاعتماد المتزايد على الاخرين للحفاظ على تقدير الذات لديه. (Davison & Neale, 2004) وفسر فرويد الاكتئاب باعتباره نتيجة للكبت. وان الطفل يكبت فقدانه للعلاقة سواء عند موت او سحب العاطفة من احد الاشخاص المهمين في حياته كأمه مثلا. ويكون الفقدان مصحوبا بالغضب. حيث يقوم بتحويل الغضب من الخارج الى الداخل (اي الى ذاته). نتيجة شعوره بالذنب اعتقادا منه انه هو الذي تسبب في ذلك الفقدان. مما يخلق هذا الغضب الموجه نحو الذات ميلا الى الاكتئاب (Kendall & Hammen, 1998).

لقد اتفق علماء التحليل النفسي مع وجهة نظر فرويد في الاكتئاب بصفته غضبا موجها ضد الذات . ولكنهم اختلفوا في تحديد الدوافع المحيطة والمثيرة للغضب. فيرى ابراهام Abraham ان الاكتئاب ناتج عن عدم قدرة الفرد على تلبية رغباته الجنسية. واشار رادو Rado ان الاكتئاب يعد صرخة في البحث عن الحب. ونظر اليه بيبرينج Bebring نظرة اكثر شمولية حيث يرى ان الخاصية الرئيسية التي تميز الاكتئاب تتمثل

في العجز عن تحقيق الحاجات او الطموحات. وان الحاجة الى الحب والتقدير ما هي الا واحدة من ثلاثة احتياجات رئيسية بالاضافة الى الحاجة للقوة والأ مان (فايد، 2005).

وتعتبر نظرية بيك Beck (**النظرية المعرفية Cognitive theory**) من اهم النظريات المعاصرة التي تؤكد على الافكار تساعد على الاصابة بالاكتئاب. ويرى ان الاكتئاب هو اضطراب في التفكير اكثر مما هو اضطراب في اي شيء آخر. فالمكتئبون يشعرون بأنهم يرتكبون اخطاء غير منطقية. وقد لاحظ بيك من خلال الدراسات التي أجراها على مرضى الاكتئاب. ان المصابين يميلون الى توجيه اللوم لأنفسهم والى المصائب التي المت بهم. وان الشخص المصاب بالاكتئاب يرى العالم من حوله من خلال صورة تخطيطية تقوم على توجيه اللوم الدائم للذات. كما وضح بيك طريقة الفرد في معالجة المعلومات وطريقة تفسيره للحوادث ومعتقداته وان طريقته تلك تلعب دورا كبيرا في تحديد شكل ونوع مزاجه. وقد فسر بيك الاكتئاب والعوامل المؤثرة فيه بناء على ثلاثة مفاهيم رئيسية هي :

أ – المخططات Schemas :

فقد استخدم بيك مفهوم المخططات حتى يشرح لماذا يكون المكتئب قناعاته العقلية واتجاهاته السلبية نحو ذاته وعالمه ومستقبله على الرغم من وجود احداث موضوعية في حياته تتسم بأنها ايجابية او سارة. ذلك ان المخططات المعرفية تمثل مفاهيم مطلقة للفرد نتيجة خبراته السابقة. وهي التي توجه سلوكه. الا انها في حالة الشخص المكتئب تكون مشوهة وغير واقعية مما يقوده نحو تفكير يبتعد عن العقلانية. وتتوسط هذه المخططات بين الاحداث الخارجية واستجابة الفرد لهذه الاحداث. حيث تعمل كمصفاة تفسر هذه الاحداث بناء على خبرات الفرد مما يؤثر على ادراكاته وبالتالي على حالته الانفعالية (Dobson, 2004)(Davison & Neale, 2004).

ب – الاخطاء المعرفية Cognitive errors:

وهي مجموعة من المخططات تميز المكتئبين عن غيرهم من مرضى الاضطرابات الاخرى، وقد سمى بيك هذه المخططات بالاخطاء المعرفية وهي ما يستخدمه هؤلاء المرضى في تفسيرهم الخاطىء للواقع. وتتضمن هذه الاخطاء المعرفية:

- **الاستدلال الفرضي Arbitrary inference**: وهو استدلال بدليل مقنع. فقد يستنتج شخص ما انه بدون قيمة تذكر ويعطي تفسيرا غير منطقي او لا يعطي اي دليل على الاطلاق او ان الفرد يصل الى استنتاج معين دون وجود دليل كاف.
- **التجريد الانتقائي Selective abstraction**: وهو استدلال يبنى على اساس عنصر واحد من عدة عناصر موجودة في الموقف. مثل لوم احدى العاملات على

فشلها في شغل وظيفة معينة بالرغم من انها ليست المتقدمة الوحيدة لشغلها. اي ان يتم الوصول منه الى استنتاج من خلال عنصر واحد من العناصر الكثيرة الممكنة

- **الافراط في التعميم Overgeneralization**: اي المبالغة في التعميم، أو عمل استنتاج شامل من نقطة بدء تافهة. كأن يفسر التلميذ فشله الدراسي بأنه تلميذ تافه.
- **التهويل والتهوين Magnification amd Mnimazation**: ونعني به ارتكاب اخطاء في تقييم الظواهر. كأن تظن احدى السيدات بأن سيارتها قد دمرت تماما لمجرد رؤيتها لخدش بسيط على جسم السيارة (تهويل) او كأن يظن احد الرجال انه عديم القيمة على الرغم من قيامه بانجازات كبيرة حازت الاعجاب (تهوين).
- **التذويت Personalization**: اي تفسير الوقائع وفقا لأفكار سلبية واستنتاجات غير منطقية.

ويرى بيك ان المصابين بالاكتئاب هم ضحايا لاستنتاجاتهم والتي غالبا ما تكون استنتاجات خاطئة يعوزها قدر من الموضوعية. مشيرا الى ان التفاعل العاطفي الذي يصدر عن الافراد المصابين له وظيفة محددة وهي انه الوسيلة التي يفهم بها الافراد من حولهم. وان الاستنتاجات التي يخلص اليها المصابون بالاكتئاب غالبا ما تكون غير مواكبة بعيدة عن حقيقة الموقف.

ج - المثلث المعرفي The cognitive triad

ذلك ان طريقة التفكير والتفسير السلبي عن الذات، والمحيط والمستقبل تسهم في الاصابة بالاكتئاب (Davison & Neale, 2004).

ويرى سيليجمان (Seligman, 1998) ان العجز المتعلم عند الفرد الذي يعتقد انه عاجز عن تغيير حدث لا يريده، مما يؤدي الى شعوره بالاكتئاب ويستسلم له. هذا بالاضافة الى تفسيره السلبي لسبب حدوث الموقف الذي يؤدي الى الاكتئاب. واضاف ابرامسون ورفاقه (Abramason, et al, 1987) الى النظرية مفهوم العزو ذلك ان طريقة العزو الخاطئة لمصادر النجاح والفشل في حياته ولاسباب الخبرات والمواقف السارة وغير السارة في حياته هي المسؤولة عن حالته الاكتئابية. وقد يكون العزو داخليا فيرى الفرد انه المسؤول عن الحدث. وقد يكون العزو خارجيا فيدرك الفرد ان شخصا او شيئا آخر هو المسؤول عن الحدث.

ويتسم المصابون بالاكتئاب ان لديهم ميل لعزو داخلي للاحداث السلبية وعزو خارجي للاحداث الايجابية (Davison & Neale, 2004).

هذا، وقد وجهت عدة انتقادات لنظرية بيك المعرفية على درجة بالغة من الاهمية كان من ابرزها:

- ان الافراد المصابين بالاكتئاب على عكس العاديين لابد ان يصلوا الى استدلالات باحدى الطرق التي اكدها بيك
- وان التشويه المعرفي (الاستدلال الخاطىء) ليس هو الوظيفة الاولى او الشيء الاساسي والوحيد الذي ينتج عن الاضطرابات الانفعالية ولكنه سبب حالة الاكتئاب
- التركيز على الجانب المعرفي فقط في تفسير بيك لنشأة الاكتئاب واهمال الاسباب الأخرى التي اشار اليها منظرو نظريات التعلم والتعزيز وغيرها من النظريات المفسرة لنشأة الاكتئاب.

وقد اكد العلماء من خلال الدراسات النفسية التي اجريت على مرضى الاكتئاب ان مشاعر الفرد تتأثر بدرجة كبيرة بالطريقة التي يدرك فيها مغزى الاحداث. وان الاستثارة تكون اقل لدى الافراد عند ادراكهم لعدم قدرتهم على التحكم في المثيرات المؤلمة. حتى وان كان ادراكهم هذا هو ادراك غير حقيقي (Davison & Neale, 2004)

تؤكد الدراسات التي اجريت في مجال اضطراب الاكتئاب ان هناك ادلة للنموذج البيولوجي (**النظرية البيولوجية Biological theory**) لحدوث الاكتئاب وان العوامل الوراثية والجسمية لها دور في الاكتئاب. وقد درجت الابحاث التي تركزت على العوامل الوراثية التي تسبب الاكتئاب على الاشارة الى نوعين من الاكتئاب:

أ – الاكتئاب احادي القطب:

الذي يعاني فيه المريض من الاكتئاب الذهاني فقط. وقد وجد ان ما نسبته (من 10 – 20 %) من المصابين بالاكتئاب لهم اقارب من الدرجة الاولى يعانون من الاكتئاب. وقد استطاع كل من زيربين وروددين Zerbin & Rudin الحصول على الكثير من المعلومات التي تؤكد حدوث الاصابة بالاكتئاب عند التوائم المتماثلة. فقد اوضحت تلك الدراسات التي اجريت على التوائم ان نسبة الاصابة بين التوائم المتماثلة تصل الى ما نسبته (70%) وان نسبة الاصابة بين التوائم غير المتماثلة تصل الى ما نسبته (23%) (محمد، 2004).

ب – الاكتئاب ثنائي القطب:

فقد وجد العلماء ان الاقارب الذين يصابون بالاكتئاب الاحادي القطب يكونو اقل عرضة للاصابة بالاكتئاب ثنائي القطب الذي يعاني فيه المريض من جوانب متعددة من الاكتئاب بالاضافة الى الهوس. وعلاوة على ذلك. فان المعدل العادي للاكتئاب هو

70% بينما اكدت الدراسات التي اجراها برايس ان هذا المعدل لا يزيد عن 23%. وان 7.4% من اقارب الدرجة الاولى من المصابين بالذهان التفاعلي قد عانوا من شكل من اشكال الاكتئاب. وأن الافراد الذين يعانون من الاكتئاب في سن مبكرة يكونون اكثر عرضة للاصابة بالاضطرابات الاخرى مثل الاصابة بالادمان الكحولي والعربدة.

وأوضحت الدراسات التي اجريت على اضطراب الاكتئاب ان هناك صلة وثيقة بين الاكتئاب وبين حالة الوصلات العصبية (**النظرية البيوكيميائية**). وان الاكتئاب ينتج من نقص في ناقلين عصبيين في الدماغ وهما: النوربيبتفرين Norepinephrine والسيروتونين Serotonin (الشربيني، 2001)

ووضع سيلجمان Seligman نظريته التي تتعلق بالتعلم الاجتماعي والشرطية الكلاسيكية نتيجة اجرائه دراسات متعددة والتي اسماها **بنظرية العجز المتعلم**. اوضح فيها ان الناس الواقعين تحت تهديد شديد او عقاب شديد نتيجة تعرضهم لأحداث مضادة على مدى فترة طويلة من الزمن مما يجعلهم يستسلمون أخيرا. وبذلك يعتقدون ان ما من شيء يمكن ان يغير او يحسن من الظروف ولهذا يتعلمون العجز. وبالتالي ينشأ الاكتئاب نتيجة الخبرات المتراكمة التي يتعلم فيها الفرد العجز عن تجنب الاجهاد. فتعتبر السلبية هي العرض الشائع للاكتئاب الى حد ما.

ومن خلال تجاربه على الحيوانات فقد لاحظ سيلجمان ان تعلم اليأس في الحيوانات يمكن ان يشكل نموذجا للاكتئاب الذي يصاب به البشر. واكد وجود تشابه بين تلك المشاعر باليأس التي قد تتعلمها الحيوانات وبين بعض من تلك الاحباطات التي تظهر على الناس. فالسلبية التي يظهرها الناس امام الضغوط والمخاطر وفقدان الشهوة المصاحب للاكتئاب الناتج عن هذا الشعور المتعلم بالعجز. كما اوضحت الملاحظات الاكلينيكية ان تكرار المواقف التي نتج عنها اكتساب السلبية هي السبب في الاكتئاب ولكنه تساءل عن عدد مرات التكرار الذي يسبب هذه السلبية.

وقد اكدت دراسات كل من ابرامسون وساكيم Abramson & Sackeim امكانية وجود مشاعر مزدوجة لدى المفحوصين الذين يعانون من الاكتئاب. وقد يرجعون سبب الفشل لديهم الى عدم مقدرتهم في التحكم فيما يحدث او فيما حدث لهم ويوجهون أشد اللوم الى انفسهم بسبب هذا الفشل. واذا احرزوا نجاحا نتج عنه نتيجة سعيدة فانهم يفسرون سبب هذه النتيجة السعيدة الى الصدمة او الى جهود الاخرين. فالمشاعر المزدوجة او هذا التناقض هو من وجهة نظر المكتئبين فقط ولا يفهمونه كتناقض. اما غير المكتئبين فهم يعتبرون ذلك تناقضا وازدواجا كظاهرة تمر بين المكتئبين وغير المكتئبين.

ووضع لوينسون Lewinson نظريته في الاكتئاب (**نظرية معدل التعزيز المنخفض Low rate of reinforcement theory**) افترض فيها تصورا تعليميا للاكتئاب كنقص في النشاط راجع الى تأخر التعزيز. وان الاكتئاب يحدث لدى الافراد الذين يواجهون القليل جدا من المواقف المعززة. او الذين يشتركون قليلا في السلوك المؤدي الى تعزيز (كالاشخاص الذين يعيشون في بيئة مجهدة) وكذلك لدى هؤلاء الاشخاص معدلا منخفضا من التعزيز. حيث يفشلون ببساطة في تعلم الاستجابة بطريقة يمكنها ان تحل مشكلة كبتهم وصراعهم.

واكد كل من فريستر ولازاروس Ferster & Lazarus ان النظرية المعرفية توضح بشكل مباشر ان حدوث الاكتئاب يرجع الى اسباب كثيرة لعل من ابرزها التغيرات التي تحدث في مجال العمل.

لقد وضع لوينسون نموذجا للاكتئاب تناول عددا من الافتراضات في ان الشعور بالاكتئاب وبالكثير من الاحاسيس الاخرى مثل الاجهاد يصبح اكثر وضوحا عندما يدعم السلوك بقدر قليل من التدعيم. ويقوم هذا القدر القليل من التدعيم الايجابي بالحد من النشاط. فيصبح التدعيم اقل قوة. وان هذا القدر الايجابي من التدعيم يخدم متغيرات ثلاثة هي:

- كم المدعمات المحتملة لفرد من الافراد والتي تمثل بالنسبة لهذا الفرد سماته الشخصية مثل العمر، والجنس، والجاذبية الشخصية.
- كم المدعمات المحتملة والمتاحة للفرد. والتي تمثل بالنسبة له سمات بيئية للبيئة التي يعيش فيها هذا الفرد. مثل وجوده في المنزل وليس في السجن.
- سلوك الفرد الذي يعتبر بمثابة نوع من التدعيم له مثل المهارات الاجتماعية والمهنية.

كما قدم جيمس كوين Coyne نموذجا أسماه **النموذج التفاعلي في الاكتئاب** اختبر التعريفات الموجودة في الشكوى المتكررة للمكتئبين بأنهم مرفوضون اجتماعيا. حيث وجد ان الناس المكتئبين يستثيرون القلق والاكتئاب والعدوان في الاخرين. وانه من المحتمل انهم كانوا مرفوضين اجتماعيا بسبب ذلك. كما وجد ان التغذية المرتدة المباشرة التي حصلوا عليها كانت محرفة. ويقلل المكتئبون من ارجحية فوزهم بأي مكافأة.

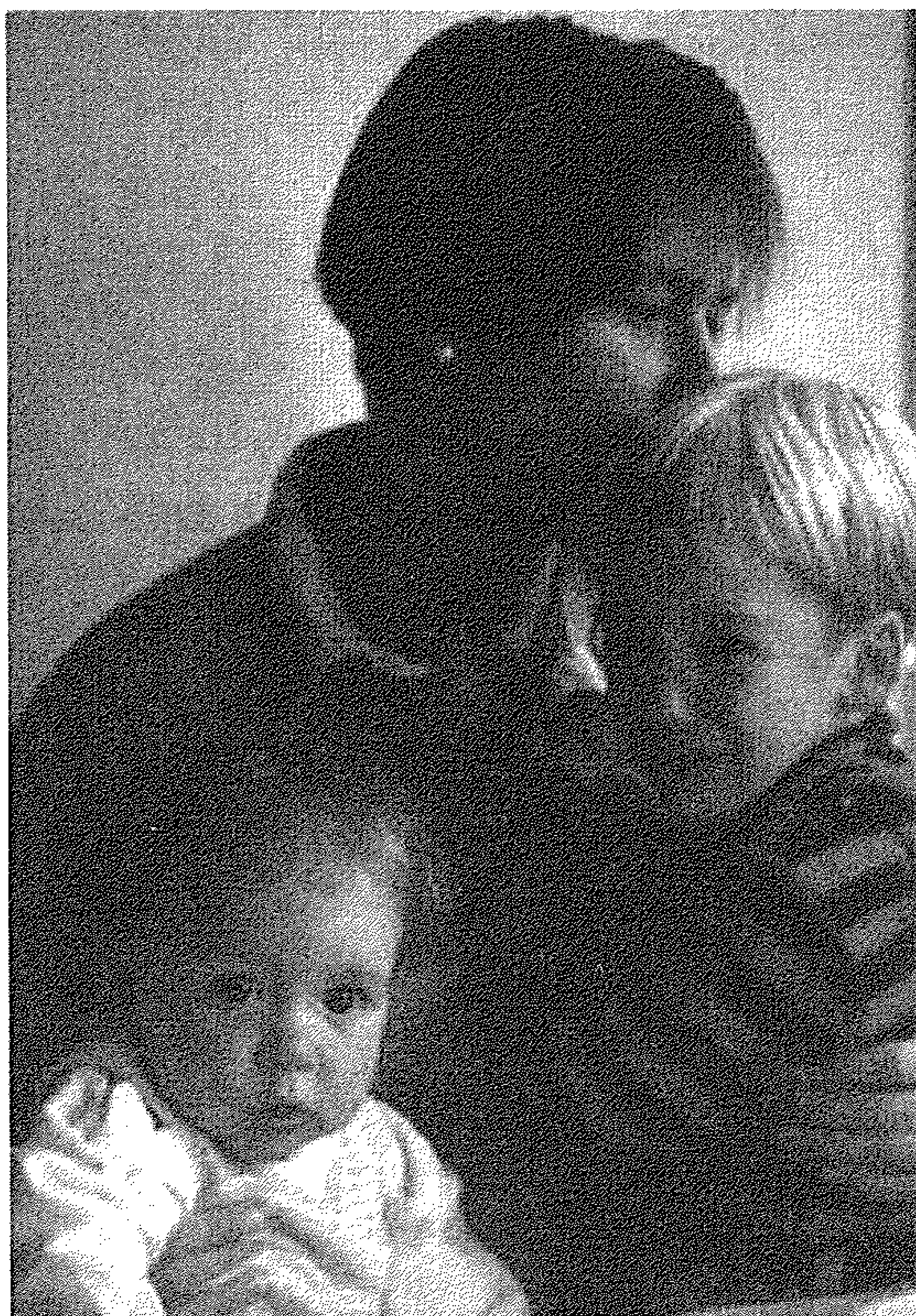
واشار كوين بأن الافراد المصابين بالاكتئاب يعتبرون كارهين للاخرين ولكن احزانهم السابقة تمنع المواجهة المباشرة. وتعتبر الاستجابة السالبة التي يستقبلونها منتشرة وغامضة وغامضة في مصدرها بسبب ذلك. وافترض كوين ان فشل الملاحظ في الاهتمام بالتغذية المرتدة عن البيئة في التأثير على المكتئب اثناء تعامله مع الاخرين في بيئته. سوف يقوده الى التأكيد على الدور الرئيسي للعمليات الداخلية في التأثير على

تعامله معهم. وان الافتراض القائل بأن المعرفة تعتبر نشاطا في الدماغ فقط قد الهى الباحثين واصحاب النظريات عن فحص التضمينات الاكتئابية مع العالم.

افترض كوين ان الفرد عندما يمارس خبرة مجهدة فانها تجعله في حاجة خاصة للتأييد والعون من الناس الاخرين. وتلح الاعراض الاكتئابية في طلب هذا التأييد. وقد ركز كوين ولوينسون Coyne & Lewinson على نقص المهارة الاجتماعية للشخص المكتئب. مشيرا في الوقت نفسه بان المهارات التي يؤدي نقصها الى الاكتئاب تعتبر اكثر المهارات التي يحتاجها الفرد عندما يمر بخبرات اجهاد.ويحتاج العون من الاخرين.

3: 7: 5 الاكتئاب عند النساء:

يكثر الاكتئاب عند النساء مقارنة بحدوثه عند الرجال. ففي دراسة لبيرنارد (Bernard, 1973) اوضح فيها ان الرجل المتزوج اقل عرضة للاصابة بالاكتئاب من المرأة المتزوجة. ولم يكن لممارسة المرأة لدور ربة المنزل اي دور جوهري في الاصابة بالاكتئاب عن المرأة المتزوجة. ولأن الزوجات العاملات كن اكثر اكتئابا من الرجال المتزوجين. وقدم كل من براون وهاريسHarris & Brown نموذجا للاكتئاب أظهرا فيه العوامل المختلفة المسببة للاكتئاب عند النساء اعطيا فيه اولوية للعوامل الخارجية مثل العلاقات الاجتماعية والوظيفة. ودورا ناقدا للمجموعات المعرفية او الادراكية.



3: 8 النيوراستينيا :

يعتبر النيورستينيا أحد الاضطرابات النفسية كما تشير اليه التقسيمات العالمية للاضطرابات النفسية بالرغم من أن عددا من الأطباء إلى يؤيدون هذا التصنيف. وللاستعداد الوراثي دور في الإصابة بهذا الاضطراب حيث تظهر أعراضه في سن مبكرة جدا وتظهر مع أعراضه أمراض جسمية أو

اضطرابات نفسية أخرى كالاكتئاب او الفصام. (Kay & Tasman, 2000)

يشعر المريض في هذا الاضطراب بالتعب والاجهاد العصبي والنفسي. ويرى بعض الاطباء الى عدم الاخذ بأن النيوراستينيا اضطراب قائم بذاته. الا ان التقسيم العالمي للاضطرابات النفسية اعتبرته احد الاضطرابات النفسية بالرغم من اعراض هذا الاضطراب قد تظهر مع بعض الاعراض الجسمية او اضطرابات الاكتئاب والفصام.

تظهر اعراض اضطراب النيوراستينيا في سن مبكرة ويعزو بعض الاطباء الى وجود دور للوراثة في نشوء هذا الاضطراب. كما يكون لدى بعض الافراد ذوي النمط الجسم النحيل حيث الصدر الطويل الضيق والرقبة والاطراف الطويلة والعضلات النحيلة، استعداد للاصابة بهذا الاضطراب.

وهناك العديد من اعراض اضطراب النيوراستينيا الا ان اكثر الاعراض شيوعا هو الشعور بالضعف والتعب والآلام في أي جزء من الجسم واحساسات جسمية غريبة. وينتاب المصاب عادة الارق والاستثارة وفقدان الوزن. واضطراب الجهاز العضمي وانتفاخ البطن والامساك والصداع الشديد. كما تزداد سرعة دقات القلب والدوار والتعرق واصفرار الجلد وبرودة الاطراف وزيادة الحساسية. وقد يتبع هذه الاعراض ارتعاش جفون العينين واللسان واليدين. ونقص في الانتباه والتركيز. وعدم القدرة على مواصلة المجهود العقلي او الجسمي.

يمكن علاج اضطراب النيوراستينيا بالتمرينات الرياضية المتدرجة والالعاب والعمل اليدوي. وتقديم موضوعات تشغله بعيدا عن التفكير في حالته المرضية. حيث يقوم العلاج النفسي للمصاب المستند الى مناقشة صراعاته ومشاكله وتوضيح العلاقة بين العوامل الانفعالية والاعراض الجسمية.

3: 9 عصاب توهم المرض:

يتميز هذا المرض بانشغال المريض الزائد واهتمامه الشديد بصحته الجسمية والنفسية مع الشكوى من أعراض جسمية لا يوجد لها أي سبب جسمي واضح. وأحيانا يعاني المريض من بعض الاضطراب الجسمي البسيط المحدد. ولكن الوهم يجعله يحس بأعراض أكثر من حقيقة مرضه. ويفرط في الحديث عن اعراضه واساليب تشخيصه وعلاجه. وقد يقوم بعلاج نفسه باستخدام العديد من العقاقير الطبية والمركبات غير الموصوفة له. وقد يستشير الاطباء دون الاخذ بعين الاعتبار لتخصصاتهم.

ويشكو المصاب بتوهم المرض في كل اجهزة جسمه. وتشيع شكواه في الصداع والتعب والارق واضطرابات الجهاز الهضمي والام الظهر والصدر والجزء السفلي من البطن وآلام الحوض ومنطقة الاعضاء التناسلية.

ويعزو العلماء الى حالة المصاب الى اسباب انفعالية. ويرى بعض علماء التحليل النفسي بأن المريض يخفي دوافعه وصراعاته في اعضاء جسمه المختلفة فيصبح مشغولا بها. بينما يرى علماء آخرون بان المريض قد اصيب بالنكوص او ثبت عليه مستوى انفعالي طفولي يهتم فيه المريض بجسمه وان العالم الخارجي لم يتضح له بعد. ويعزو بعض الاطباء أسباب توهم المرض الانتقال من الحالة الانفعالية الناشئة عن العلاقات البيئية المضطربة في الماضي والحاضر. الى الانشغال الشديد بوظائف الجسم واعراضه.

ويرى فريق آخر من المريض يقيم علاقاته مع الاخرين على اسباب المناقشات المتواصلة لأعراضه الجسمية وامراضه المحتملة واستشاراته الطبية وما يتناوله من علاج. فنجده يقلل من اهتماماته بمجالات الحياة الاخرى بالنظر لانشغاله بوظائف جسمه وامراضه.

يمكن علاج المصاب بتوهم المرض بنفس اسلوب علاج اضطراب النيوراستينيا مع الاخذ بالاعتبار ان كثيرا من الاضطرابات النفسية تتضمن توهم المرض كجزء من الصورة الاكلينيكية لهذا الاضطراب.

3: 10 عصاب انعدام الذاتية :

وهو اضطراب عصابي يضطرب فيه الإدراك . فيشعر المريض بانعدامه أو بأن تغيرا قد انتابه . فيبدو للمريض أن انفعالاته وأفكاره وافعاله غريبة وغير واقعية . كما يشعر المريض أيضا بأن بيئته أصبحت غريبة وغير واقعية . وقد يظهر انعدام الذاتية كخاصية في عدد كبير من الاضطرابات النفسية كالاكتئاب وعصاب الوسواس والقلق والفصام .

4: اضطرابات الوعي :

4: 1 المقدمة :

في عام 1904 كتب وليم جيمس مقالة مثيرة للاهتمام عنوانها: "هل الوعي موجود"؟ فكر في هذا. هل الوعي موجود؟ هل تحس بالوعي لديك؟ أي انك تعي او تعرف نفسك؟ والعالم من حولك؟ هل تستطيع ان تشهد مرورك بحالة وعي او اختبار أفكار ومشاعر؟ أراهن انك ستفعل.

ويحكي ساراسن Sarason (Lahey 2007) قصة أحد الشباب واسمه بيلي مليجان. كان متهما باغتصاب الفتيات. ثم قبض عليه وهو في ولاية أهيو. وحينما سئل عن اسمه من قبل الأخصائيين النفسيين فأجاب بأن بيلي نائم وأنه هو ديفيد . وعندما طبقت عليه اختبارات نفسية عديدة عليه تبين انه يحمل سبع شخصيات متميزة. اناثا او ذكورا من بينها شخصية كريستيان وهي طفلة عمرها ثلاث سنوات تحب الزهور. وأولينا التي تمثل شخصية امرأة تعاني من جنسية مثلية تقوم بعملية الاغتصاب عند بيلي. وديفيد الشاب الصغير الذي يعاني من ضعف في شخصيته. وآرثر الشخص الذكي

الذي يتحدث الانجليزية بطلاقة. وراجان الشخص العدواني الذي يعتبر نفسه حارسا آخر. وألين الشخص المراهق ابن الثمانية عشر عاما يعلب الموسيقى ويدخن السجائر. ويشير ساراسون الى ان العامل الرئيسي راء قصة بيلي هذه. هو انه يعاني من سهولة فقدان الوعي ذاته. فما هو الوعي:

4: 2 الوعي :

كلمة وعي لها عدة معاني. فقد نشير به الى وعي الفرد الكامل وانتباهه. وقد نشير به الى لحظة اليقظة. الا ان الوعي اعقد من هذا. فهو يمتد الى التفكير والذاكرة والتخيل والمشاعر. ويتحدث لوكال عن الوعي باعتباره يشمل حالات الحياة من النوم الى اقصى حالات الحذر وتركيز الانتباه في اليقظة. (الشيخ، 1992) وان الوعي نتيجة لنشاط الجهاز الشبكي (R.A.S). والوعي كما اشار اليه راثوس (Rathus, 2002) ليس هو سبب السلوك وانما هو عرض من اعراض نشاط المخ. وفرق الشيخ (1992) بين مستويين من الوعي: وعي اشرافي : يسبق الاستجابة ويصاحبها ويقوم بتوجيهها وتعديلها. ووعي وجداني : مصاحب للاستجابة او لاحق لها. وفيه احساس بالاشباع او عدم الاشباع الناتج عن الاستجابة.

4: 2: 1 معاني الوعي

للوعي معان عدة:

أولا: الوعي كإدراك حسي:

ان أحد معاني الوعي هو الإدراك الحسي للبيئة. حاسة الرؤية تسمح لنا ان نعي او نرى الشمس تشع في الثلج على أسطح المنازل. حاسة السمع تسمح لنا أن نعي. أو نسمع، حفلة موسيقية نحن نعي اكثر. أو لدينا إدراك لتلك الأشياء التي ننتبه لها. أشياء كثيرة تحدث بجانبنا أو في العالم خارجا. لكنك تعي. او تركز على الكلمات في هذه الصفحة (الفقرة). (Rathus, 2002) .

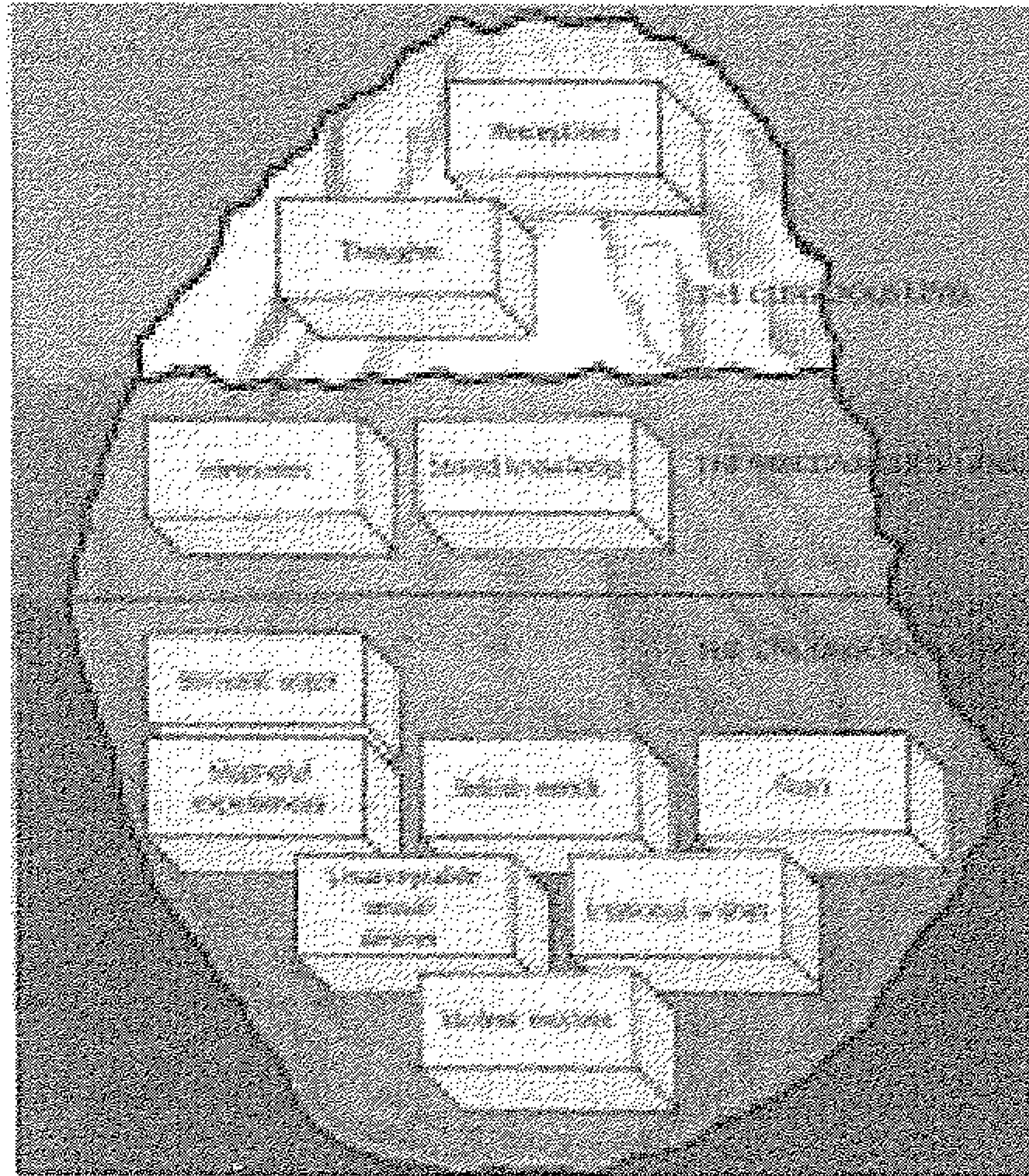
ثانيا: الوعي كإدراك داخلي مباشر:

اغلق عينيك وتخيل سكب صفيحة من الدهان الأحمر على غطاء طاولة اسود. راقبها. وهي تنتشر على السواد كسطح لامع ومن ثم تنسكب على الأرض. وبالرغم من ان هذه الصورة ربما تكون حية. لم تراها عينيك على ارض الواقع أو أي أعضاء حسية أخرى لم ترى ذلك. لكنك كنت واعيا لهذه الصورة من خلال الإدراك الداخلي المباشر.

نحن نعي او لنا إدراك داخلي مباشر مع أفكار صور، مشاعر، وذكريات. فنحن نعي او نعرف بوجود هذه العمليات المثبتة (المبرهنة) دون استعمال حواسنا.

ولقد ميز سيجموند فرويد. مؤسس مدرسة التحليل النفسي بين الأفكار والأحاسيس التي نعيها او ندركها من قبل الوعي او اللاوعي. مادة ما قبل الوعي ليست حالة مدركة لكنها موجودة. وعند الإجابة عن الأسئلة اللاحقة، فسوف تحمل "ما قبل الوعي" المعلومات : ماذا اكلت بالامس على العشاء؟ متى تقريبا صحوت هذا الصباح؟ ماذا يحدث خارج النافذة؟ او في القاعة الآن؟ ما هو رقم هاتفك؟ انك تستطيع أن تعمل من هذه المعلومات البسيطة من ما قبل الوعي الى وعي ببساطة، بتوجيه الإدراك الداخلي او انتباهك هنا (Lahey, 2007).

وبحسب فرويد، فان هناك حالات ذهنية أخرى مثل اللاوعي، او عدم قدرة إلى الإدراك لاغلب الظروف المحيطة. وان بعض الذكريات الخاصة كانت مؤلمة وبعض النبضات (جنسية أولا أو عدوانية) كانت غير مقبولة. وعليه، يجب اعتبارهم خارج الإدراك، او إعادة ترتيبهم من مشاعر اللهفة. الذنب والخجل (العار). ولازال بعض الأشخاص أحيانا يختار من التوقف عن التفكير بأمور غير مقبولة أو مشتتة. هذه الطريق الواعية بوضع الحالات الذهنية غير المرغوبة خارج الإدراك تسمي الإحباط. نستطيع ان نحبط (نكبت) أفكارنا عن موعد عندما نحتاج للدراسة إلى امتحان. (أيضا ربما نحاول كبت أفكارنا عن امتحان غير مرغوب فيه عندما نكون على موعد حتى لافساد الأمية) بعض العمليات الجسمية غير واعية – عدم القدرة على اختبارها أما من خلال الإدراك الحسي أو الإدراك الداخلي المباشر.



نمو الشعر وحمل الأكسجين في الدم أشياء لا نعيها (لا واعية). نستطيع ان نرى ان شعرنا نما، لكن ليس لدينا مستقبلات حسية تزودنا باحساسات متعلقة بهذه العملية. نستطيع الإحساس بالحاجة للتنفس لكن لا نستطيع مباشرة اختبار عملية تبادل أول أكسيد الكربون والأكسجين.

ثالثا : الوعي كوحدة إنسانية: الإحساس بالذات :

يبدو لحديثي الولادة لهم هذا العالم عبارة عن مدخلات حسية مبعثرة ومحيرة. ولكن تبنى الامور تدريجيا وتنظم وجهات نظرهم. ويتعلمون أيضا تمييز أنفسهم من غيرهم. تطوره حاسة بأنهم أشخاص منفصلون.

هناك شمولية في انطباعاتنا وأفكارنا وآرائنا التي توضح وجود الوعي – فإحساسنا الدائم بالنفس في عالم متغير في استعمال كلمة. فالوعي هو نفس. والنفسيون العلميون يرون ان وعي شخص ما هو محدد مهم في سلوك هذا الشخص.

رابعا: الوعي كحالة يقظة :

الوعي كحالة من الصحو اقل معنى مناقض لكلمة وعي يضيف حالة الصحو الطبيعي كمانع (مضاد) مثلا للنوم من وجهة النظر هذه، النوم، التأمل، الغيبة المغناطيسية، عدم انتظام وجهات النظر التي تصاحب استعمال المنبهات للوعي (المنشطات) تعتبر حالات الوعي المتغيرة. ان هذه العوامل والحالات تتضمن النوم والأحلام، عدد من المخدرات، تأمل ، رد الفعل البيولوجي والتنويم المغناطيسي.

خامسا: الوعي كنتيجة لنشاط جهاز النشاط الشبكي:

يتحدث الباحثون عن ان الوعي ما هو الا نتيجة لنشاط جهاز النشاط الشبكي (R. A. S) وان الوعي ليس هو سبب السلوك. بل ان الوعي يمثل عرضا من اعراض نشاط المخ. ويشير الباحثون في هذا الصدد الى محاولات فونت العالم الالماني. دراسة الوعي الانساني. حيث كان يسأل الأشخاص ان يستنبطوا حالاتهم الشعورية ويصفونها. والى اهتمامات وليم جيمس بدراسة الوعي وظهور جون واطسون ونظريته السلوكية حتى بدأ عام 1950 دراسة الوعي فسيولوجيا كأحد الموضوعات التي تدرس ديناميات المخ. وبدأ السلوكيون انفسهم يهتمون بدراسة الوعي والذاكرة والتفكير واللغة. والوظائف المعرفية الأخرى. مشيرين في هذا المجال الى امكانية دراسة هذه الظواهر بشكل غير مباشر. (الشيخ، 1992)

4: 2: 2 حالات الوعي:

تتعدد حالات الوعي عند الاشخاص وما يشعرون به من احساسات. فبعضهم يشعر باحساسات غريبة ربما تكون اسطورية في بعض الاحيان. وربما تكشف حالات الوعي عند البعض الآخر عن مرض عقلي او اضطراب ادراكي. وقد تحدث اضطرابات في احساسات بعض الاشخاص بأجسامهم. كحالات الدوار وحالات بطء الزمن او مروره بسرعة. (الشيخ، 1992). وقد امكن تحديد حالات الوعي بكل من: النوم والحلم، وأحلام اليقظة، والتأمل والاشراف، والتنويم، والعقاقير والا دمان.

4: 2: 3 الشروط التي تؤثر على الوعي:

ان الوعي البشري هو في تغير مستمر. قد لا تلاحظه والكثير من خبراتنا التي نمر بها. نعيها وكأنها مألوفة لنا تماما مما يجعلنا نسلم بها على انها حقائق كاملة وننسى

في الوقت نفسه انها متباينة شكلا ومضمونا. فوعينا يتغير بتغير الموقف الذي نكتسب فيه خبرة جديدة. ماذا يعني بالنسبة لك سماع قطعة موسيقية؟. كيف تعيها؟ وما الذي يجذبك بها؟. وعندما تحل مسألة حسابية بسيطة او معقدة. بماذا تعي؟. انك في الحالة يكون وعيك حدسيا تجذبه الجماليات. وفي الثانية يكون وعيك عقليا منطقيا كي تتعامل مع مشكلات حل المسألة الرياضية التي تواجهها.

ويتغير وعينا مع تغير مستوى الاجهاد والتعب فتارة نكون في حالة ضيق وانزعاج وتارة أخرى يكون وعينا في حالة سرور وابتهاج. ويتغير تارة ثالثة ليكون في حالة استرخاء ورابعة في حالة من الحذر الشديد. وخامسة في حالة انتباه وتركيز فائقين.

ويتغير وعينا مرة أخرى بتغير درجة حرارة جسمنا. بل ودرجة حرارة الطقس من حولنا. فدرجة حرارة اجسامنا تنخفض الى ادنى مستوى لها في الصباح الباكر. ثم تبدأ درجات الحرارة في الارتفاع ليتغير معها مستوى الوعي. ودرجاته. وكل منا يضبط اتزانه وقدراته وشعوره بالكفاءة او التوعك والخمول. مع انخفاض او ارتفاع درجة حرارة الجسم.

وفي تجربة اجراها العلماء حول وعينا. طلب احد العلماء من عدد من الاشخاص (ذكورا واناثا) تسجيل شعورهم بشكل منتظم يوميا ولمدة شهر. وقد لاحظ العلماء وجود دورات منتظمة من الشعور بالغضب – القلق الاكتئاب. وان هذه التموجات السيكولوجية العادية التي تؤثر في وعينا تعكس ايقاعات الوظائف البيولوجية. والمؤثرات البيئية في شكل وطبيعة الوعي .

وفي تجربة أخرى اجريت حيث تم وضع اجهزة كهربائية في جيوب مجموعة من المفحوصين لتسجيل استجاباتهم حول افكارهم ووعيهم شعورهم وتسجل الاجهزة الظروف التي يحيونها والاعمال التي يؤدونها. وقد لوحظ ان 56% من الافكار المسجلة والوعي تدور كلها حول أنشطة يكون الشخص مندمجا فيها وتدور حول البيئة خاصة الاحداث الجديدة وغير المتوقعة. (Lahey, 2007)

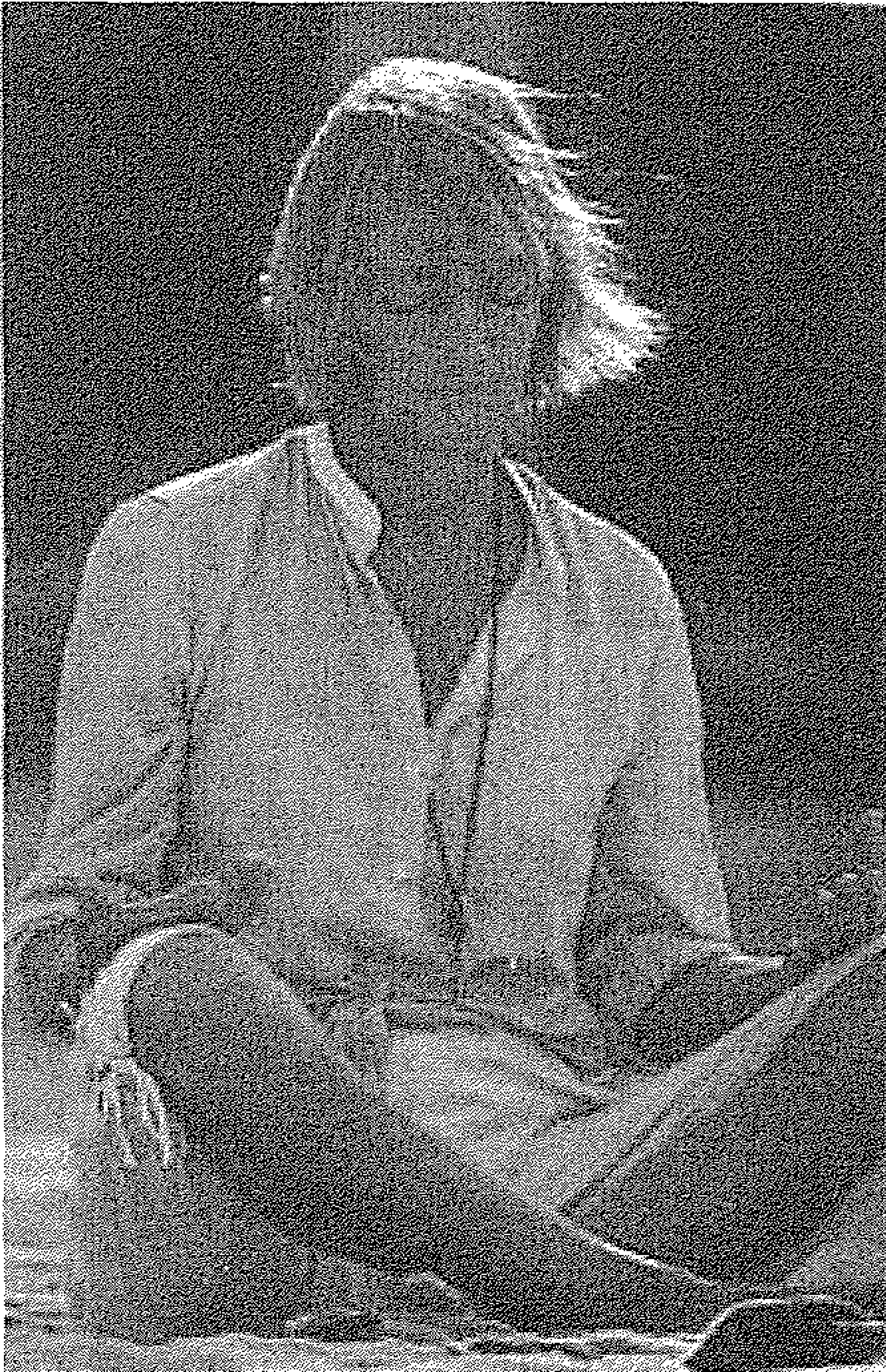
4: 3 النوم والاحلام:

النوم كان دائما موضوعا مذهلا فنحن نقضي تقريبا معظم حياتنا نائمين. ومعظمنا يشتكي من عدم النوم على الأقل 6 ساعات أو ما شابه لكن بعض الناس ينامون ساعة او اقل يوميا وتكون حياتهم على العكس صحية وطبيعية واقل عرضة للمرض (عكاشة، 2003). فلماذا ننام؟ لماذا نحلم؟ ولماذا يجد بعضنا صعوبة بالنوم؟ ماذا نستطيع فعله حيال ذلك؟ لا نملك جميع الأجوبة لهذه الأسئلة لكننا تعلمنا الكثير. وقد حدد العلماء بساعات النوم الطبيعية ما بين 4 – 10 ساعات يوميا ولا يعرف العلماء لماذا

ننام بالرغم من ان بعض هؤلاء العلماء قد ذهب الى القول اننا ننام حينما نتعب وان النوم بحد ذاته يعيد لنا الحيوية والنشاط. ولو راقبنا انفسنا فترة من الزمن. فاننا نجد انفسنا ننظم فترات نومنا ويقظتنا واوقات طعامنا وكأننا نعيش في كون تنظمه ايقاعات محددة ترتبط بايقاعات نومنا ويقظتنا. فتغيرات حرارة الجسم وضغط الدم وحجم البلازما وافرازات الهرمونات والعمليات الحيوية وعمليات الايض داخل اجسامنا تحدد حالات نومنا عند انخفاض معدل عملياتها. ونستيقظ عند ارتفاع معدل تلك العمليات.

ولنومنا اربع مراحل تبدأ بالمرحلة الصفرية. التي تظهر مباشرة بمجرد ذهابنا الى النوم. وفي **المرحلة الاولى**: نشعر بأفكار غامضة واحلام متقطعة ويكون جسمنا اكثر استرخاء. وفي **الثانية** نكون اكثر استرخاء. ويصعب ايقاظنا. وقد تظهر لنا هلاوس واحساس بومضات ضوئية سريعة مثل لقطات السينما السريعة والمتقطعة. وقد نشعر بهزة فجائية وغير متزنة لجسمنا. وفي **الثالثة** يصبح نومنا اكثر عمقا ويصعب ايقاظنا وفي **الرابعة** نصبح في حالة استرخاء كامل يصعب ايقظنا ونادرا ما يتحرك وتظهر علينا الكوابيس او المشي اثناء النوم او بلل الفراش او الكلام. حيث تسود في المخ موجات دلتا تماما.

نحن جميعا ننام لاننا نشعر بالارهاق والتعب اذا قضينا ليلة بدون نوم. وجميعنا كذلك يسأل: هل النوم ضروري لاجسامنا؟ فمعظم الناس يقضون وقتا اطول في فترات النوم العميقة.ويؤكدون بأن النوم والاحلام وظيفة أساسية في تحقيق التوازن. حيث مثل حالات النوم وضعا طبيعيا لدينا جميعا.



ولقد حاول الانسان منذ زمن بعيد تفسير الاحلام من اجل التنبؤ بسلوك المستقبل. وقد اشتهرت مدرسة التحليل النفسي بتفسير الاحلام وأكدت على ان اللاشعور هو المسؤول وراء الاحلام وان الحلم ليس اكثر من تحقيق رغبة لاشعورية لا يستطيع الانسان تطبيقها في الواقع فتخرج عن طريق الاحلام بشكل رمزي مقنع . ويرتبط نسيان الحلم او تذكره بايقاعات دورية معينة لدى الشخص فينعكس في جميع اداءاته ودورات نومه. وبرغم تمايز الايقاعات الشخصية هذه الا ان الشكل العام تتماثل لدى الاسوياء بعكس ايقاعات غير الاسوياء من الناس.

ونحن نحاول تشكيل واقع من تخيلاتنا داخل تركيبات جديدة ترفض في الغالب الزمان والمكان. ونستطيع من خلال اوهامنا تلك تجربة الحلول المختلفة لمشاكل معينة

عقليا فقط. يمكن من خلالها ان نضع خططا ونتنبأ عقليا بنتائجها. مما يساعدنا على التحرر من الحاضر وآثاره. (Nairne, 2003)

4: 4 التأمل والاشراف:

عندما يتقابل الآلهة الشرقيون مع التكنولوجيا الغربية. وعندما نعود إلى قمة الجبل. والى المعلم الروحي الجليل. فان ذلك يكون شكلا من أشكال التأمل. وعندما يمارس بعض الناس اليوجا ويحدقون عن قصد على نموذج في زهرية او الماندالا (وهو رمز الكون عند الهندوس) وعندما يحدق قدماء المصريين في قنديل الزيت (الأصل فيها خرافة علاء الدين والمصباح السحري) وعندما يمارس بعض الافراد الطقوس الإسلامية السرية (دوامة الدراويش) فانهم ربما يرمزون في ذلك الى حركة الجسم او تناغم تنفسهم؟. وهم بذلك يقومون بتنفيذ شكل من اشكال التأمل.

وتتنوع طرق التأمل، وتتشكل بحسب اعتقاد الافراد والجماعات لاشكال التأمل ومظاهره. وهي كما يبدو علاقة عادية بين الشخص والطبيعة. أو بين الشخص وخالقه. او بين الشخص والكون. لكنهم بهذه الطريقة يرمزون الى الوعي – فتركيز الانتباه وتبدله وحالة الاسترخاء ربما يقصدون بها موضوع التأمل (الزهرية كمثال) ومن ثم ترجمتها. موصلا الى الاتحادية مع الكون. والابتهاج الشديد او تبصر كبير. ولكن علم النفس ليس لديه اية طريقة لقياس الاتحاد مع الكون. لكن علماء النفس يستطيعون قياس التغير الجسدي لدى هؤلاء الناس.

من المنطق ان نؤمن ان تأثيرات التأمل مثل تأثيرات المخدرات، تعكس تغيرات جسدية. يؤثر بها التأمل وتوقعات الشخص من التأمل. فهل نحول انتباهنا الى سمو التأمل (TM) وهو شكل مبسط من التأمل قد جلبه إلى الولايات المتحدة ماهخاريشي ماهش يوغي في العام 1959 وان مئات الآلاف من الأمريكيين يمارسون التأمل السامي عن طريق تكرار الطقوس الخاصة به. كلمات او أصوات يدعى ان لها القدرة ان تكسب الشخص حالة وعي متبدلة.

4: 4: 1 التأمل السامي (TM)

في دراسة لهربرت بنسون عام 1975 وهو من جامعة هارفارد لعلوم الطبيعة حول ممارسي ال (TM) ممن تراوحت اعمارهم ما بين 17 – 41 سنة ويمثلون رجال اعمال، وطلاب، وفنانين، وقد مارس بعضهم ا ال (TM) لتسعة اعوام والبعض الآخر لبضعة اسابيع فقط. أوضح فيها بأنه لا



يوجد اثبات علمي بأن ال (TM) وسع الوعي. بغض النظر عن ادعاءات العديد من الممارسين ل: أل (TM) لكن حدث لهم ما يسمى بالتجاوب الاسترخائي.

ومن خلال ممارسة ال (TM)فان معدل الايض الجسدي ينخفض بشكل مفاجئ، وكذلك ضغط الدم للأفراد الذين لديهم توتر مفرط وان الأشخاص الذين يقومون بالتأمل مرتين يوميا يميلون إلى إظهار ضغط دم عادي خلال باقي اليوم – وان المتأملين ينتجون اكثر موجات ألفا المتكررة – موجات دماغية مشتركة مع شعور بالاسترخاء. لكن غير دائم خلال النوم كما اظهر المرضى معدلات تنفس ودقات قلب اقل وانخفاض في لاكتات الدم – وهي مادة وجودها مرتبط بالقلق والتلهف.

كما تمت ملاحظة الاشخاص الذين يتصفون بالتوتر والقلق ويمارسون ال (TM) قد اختاروا تبديل نمط حياتهم المنتج للتوتر بأخذ وقت خارج أنفسهم مرة او مرتين يوميا. وان مجرد أخذ هذا الوقت ربما يكون مساعدا جدا لهم.

أولا: كيف نتأمل:

في التأمل، ما لا تفعله هو اكثر أهمية مما تفعله – حدد إدراكك إلى محفز ثابت متكرر يحمل بعض الجذب لك. – ربما تكون جملة، نفسك، منظر، او رائحة سارة. ومانترا – تبنى موقف كامن. ما سوف يحصل سيحصل" (لا تحاول قصرها). اجعل بيئتك هادئة ومتوقعة – اختر لك موقع جلوس مريح او استلق ورأسك مرفوع على مخدة – حاول التأمل مرة او مرتين يوميا من 10 – 20 دقيقة لجهاز التركيز.

لقد اقترح بنسون ان ادراك كلمة واحدة عند كل زفير يعني التفكير بالكلمة ولكن بأقل نشاط من العادة. واقترح كارنجتون (1977) بان التفكير أو الإدراك للكلمة بينما أنت تستنشق الهواء، وخارجا بينما تزفر – وكذلك لارنجتون يقترح أشياء مثل (أخ – نام، شاي، ريم، أو (را – ما) (Rathus, 2002)

إذا كنت تستعمل المانترا، فإنه يمكنك التحضير للتأمل. وان تقول المانترا بصوت عال عدة مرات – استمتع بها – ثم قلها اكثر واكثر رقة. اغلق عينيك وفكر فقط بالمانترا اجعل التفكير ان يكون كامنا. بحيث تدرك حسيا المانترا فقط. مرة اخرى تبنى موقفا كامنا "ما سيحصل ، سيحصل" تابع إدراك المانترا حسيا. ربما تصبح أعلى او انعم، تختفي لبرهة ومن ثم تعود، اسمح لنفسك بالانجراف. ما سيحدث سوف يحدث.

اضاف كارنجتون بعض الاقتراحات الاضافية: لا تأكل لمدة ساعة قبل التأمل، تجنب المشاريب مع الكافايين على الأقل لساعتين. اجلس نفسك امام جسم يجلب لك السرور. كأن تجلس امام نبتة خضراء او البخور. تجنب مواجهة ضوء مباشر. غير موقعك كلما كان ضروريا . تثاوب. ناضل لاجل الوقت إذا قوطعت: تثاوب مدد نفسك، تحرك ببطء. انك تستطيع افتقاد ساعتك بعين نصف مغلقة. وفوق كل هذا، (خذ ما يمكنك) لا تستطيع قصد الاسترخاء. يمكنك فقط تحضير المرحلة لها والسماح لها بالحدوث – اذا قاطعتك الأفكار خلال تأملك. يمكنك السماح لهم بالمرور. لا تشغل نفسك في محاولة إخمادها.

4: 5 التنويم:

ربما رأيت أفلاما يقوم فيه بطل الفيلم بتنويم ضحاياه مغناطيسيا فينام في سبات عميق. ثم يقوم بعضهم في قطع رقبته بدون قلق. وربما رايت أحد الحضور ينوم مغناطيسيا في عرض مسرحي او غير ذلك. ومن خلال استعراضك لتاريخ علم النفس فسوف تجد ان احد الفلاسفة واسمه فرانذز مسمر الذي عاش في القرن الثامن عشر قد تناول ظاهرة التنويم واطلق عليها التنويم المغناطيسي مفسرا ذلك بأن الكون كان مترابطا باشكال من المغناطيسية التي ربما ليست بعيدة عن الهدف. وادعى بان الناس أيضا ربما ينجذبون بعضهم للبعض الآخر بالمغناطيسية الحيوانية واستعمل طرقا غريبة ليجلب الأشخاص تحت سحره ، واستطاع شفاء معدل محترم من الاعتلالات المزمنة البسيطة. لكن نحن الشكاكين أميل إلى عزو نجاحاته الى تأثير صلاة الميت عنه من المغناطيسية الحيوانية. فقد انتهى به الامر الى تفسير تلك الظاهرة بظاهرة الايحاء. وحالات التنويم لا تختلف كثيرا عن احلام اليقظة خاصة اذا علمنا ان بعض احلام اليقظة المسيطرة واللاارادية تعتبر مرحلة من مراحل التنويم.

وخلال النصف الثاني من القرن المنصرم اسهم التنويم المغناطيسي في تشكيل النظرية النفسية التحليلية. واقترح سيجموند فرويد ان التنويم المغناطيسي كان طريقة للاوعي واستعمل التنويم لكشف ما يشعر به المريض هو جذور اللاوعي لمشاكل مريضه.

ولا زال التنويم يحتفظ بشعبيته ويستعمل كمخدر في طب الأسنان، والولادة، وحتى الجراحة، ويستخدم علماء النفس التنويم لتعليم الزبائن كيف يسترخون او مساعدتهم على تخيل صور حية. واستعملت الشرطة التنويم لأيقاظ الذكريات للشهود. لكن شهادة المحكمة للاشخاص المنومين قد تم تحيدها لأن الشهود ربما يلتقطون اقتراحات المنوم.

وفي دراسة اجراها هلجارد على 532 طالبا وجد ان 25% منهم قابلون للتنويم بسهولة وان 10% منهم فقط رفضوا تماما التنويم وبقية الطلاب كانوا في حالة تنويم متوسطة. ووجد هلجارد ان الناس الذين يندمجون في اوهامهم واحلام يقظتهم هم اكثر قابلية للايحاء والتنويم. مؤكدا على ان التنويم يعتبر مرحلة من مراحل الوعي والشعور وان التنويم لا يزال يمثل ظاهرة تحمل قدرا من الغموض من حيث طبيعته والشروط المسؤولة عن حدوثه.

4: 5: 1 عملية التنويم المغنطيسي:

ان حالة الوعي تسمى نشوة التنويم، وعادة تقنع بالطلب من الأشخاص شد انتباههم إلى ضوء صغير، بقعة على الحائط، جسم محمول مع المنوم او فقط صوته. هناك اقتراحات لفظية مثل ان الأطراف تصبح اكثر سخونة، ثقيلة، ومرتاحة، (اقتراحات الدفء والنقل تستطيع إرغام سريان الدم في الأطراف وتساعد على تهدئة نشاط الجزء المتجانس من الجهاز العصبي اللا ارادي (المستقل). لقد اظهر ان توقع تغييرات جسدية معينة – مثل تغيير في معدل دقات القلب او درجة حرارة الجلد – ربما في الحقيقة ينتج تغييرات بهذا

الاتجاه. وان بعض الأشخاص يقال لهم انهم اصبحوا ناعسين او ذهبوا في النوم. التنويم المغناطيسي هو ليس نوم كما ظهر بالاختلاف في قراءات ال (EEG) بين نشوة التنويم ومراحل النوم. لكن كلمة كم تفهم على إنها نشوة التنويم. وقد أعطت سجلا مؤثرا من النجاح.

ان القابلية للايحاء هي جوهر التنويم وهي ما زالت حقيقة معترف بها حتى الان. وعندما يخضع شخص ما لعملية التنويم فان وعيه يتغير باشكال عديدة ومن اهم مظاهر هذا التغير ما يلي:

- **انعدام الذاتية او الاداء التلقائي**: حيث يتوقف النائم عن مجرد التخطيط لما يفعله او يقوم به كما يتوقف عن الاستجابة حتى يتلقى الايحاءات المثيرة لاستجابته
- **الانتقائية**: في حالة يقظتنا فاننا نختار نقاطا عديدة من المثيرات نرغب بها ونحدد كذلك انماط استجابتنا التي يجب ان نفعله. اما في حالة التنويم فان النائم ينتقي فقط صوت الشخص المنوم ويستبعد اي صوت آخر
- **انخفاض الشعور بالواقع**: في التنويم نتوقف عن مقارنة ادراكاتنا بالواقع ونتبع ايحاءات المنوم فقط.
- **تمثيل ادوار غير اعتيادية**: وفي حالة التنويم فان بمقدورنا لعب ادوار غير اعتيادية كأن نقوم بدور المراهق او حتى دور طفل صغير.
- **ارتفاع القابلية للايحاء بعد التنويم**: توحي لنا الايحاءات بأن بعضها عالق في اذهاننا حتى بعد ان نستيقظ من التنويم ونظل مدفوعين بشكل لا ارادي لتنفيذها. ونشعر بقدر من التوتر والقلق اذا لم ننفذ ما قد اوحي به الينا عند التنويم
- **نسيان خبرات مرحلة التنويم**: فالنائم بعد ان يستيقظ يكون قد نسي ما قد فعله اثناء التنويم. وقد يتذكر احداثا مرت به في طفولته وهو نائم وحين يستيقظ فانه لا يذكر ما فعله اثناء جلسة التنويم.

- **دقة الانتباه**: ربما يركز الشخص على صوت الشخص المنوم له او بقعة من الضوء او تجنب حضور الصوت في الخلفية او أفكار دخيلة. لقد ادعي ان الشخص المنوم لن يسمع صوت عالي إذا وجه إلى ذلك (على كل، القياسات الموضوعية للسمع تقترح ان الأشخاص لا يظهرون أي اختزال في الحساسية السمعية. على العكس يفيدون أكثرهم.
- **كثرة تذكر الماضي**: ربما يؤمر الأشخاص المنومون لاظهار مستوى ذاكرة عالي. او فرط تذكر الماضي. بالتركيز على تفاصيل منتقاة واعادة تركيب ذاكرة كاملة هذه الطريقة مستعملة في تحقيقات الشرطة.

- **الإيحائية:** يتجاوب الأشخاص المنومون لاقتراحات بأن اليد أصبحت أخف وسوف تنهض او ان الجفون تثقل ويجب ان تغلق. ربما يتصرفون على انهم لا يستطيعون فك ايديهم المشبوكة بيد المنوم ، او لوي يد جعلها المنوم صلبة. ان الأشخاص المنومون المساعدون كشهود منفتحون بشدة لاقتراحات مقابلتهم ربما يشركون صور وأفكار مقدمة لهم من المقابلين بذاكرتهم والإفادة بأنها حقائق.
- **تشويه الادراك الحسي:** يتصرف الواقعون تحت التنويم على اساس ان الهلوسات والضلال التي يقنعهم بها التنويم هي حقيقية كمثال. في هلوسة العطش. يتصرف الشخص على انه قد جف من العطش مع انه ربما شرب توا. او يتصرفون كأنهم لم يسمعوا الصوت العالي او يشموا رائحة.
- **فقد الذاكرة:** كثير من الاشخاص يتصرفون وكأنهم لا يتذكرون شيئا من احداث التنويم. او انهم نوموا على الاطلاق. على كل حال. ربما يتذكر هؤلاء الاشخاص ما حدث اذا نوموا مرة اخرى. وتلقوا تعليمات بالتذكر من المنوم نتيجة تجربة واحدة على الاقل تقترح انه من المستحسن اخذ الظاهرة بنوع من الحذر (ظاهرة فقد الذاكرة بعد التنويم). الاشخاص المنومون هم اكثر ميلا للافادة باستذكار احداث بينما هم تحت النشوة عندما يخضعون لكاشف الكذب وجعلهم يصدقون انهم سوف يكشفون اذا كانوا يزيفون الحقائق.
- **الايحائية بعد التنويم:** ربما يتبع المنومون التعليمات تبعا لأدوار مرتبة سلفا التي يفترض انهم لا يعونها. على سبيل المثال. ربما يقاد الشخص الى الدخول مرة اخرى في نشوة عميقة على اساس أمر واحد ثم "المدخنون عادة ما يحتاجون مساعدة المنومين للخلاص من عاداتهم. وهم عادة يعطون ايحاءات مثل عند المشي تدخين السيجارة يصبح مكروه. ربما ايضا يعطون تعليمات لنسيان هذه الفكرة المتأصلة من المنوم فيهم.

4: 5: 2 إيحائية التنويم:

التنويم المغناطيسي أكثر نجاحا مع الناس الذين يفهمون ما هو متوقع منهم خلال حالة النشوة. وان الناس الذين ينومون بشكل متواصل. يقال ان لديهم إيحائية التنويم بشكل عام. والأشخاص الايحائيون لديهم مواقف إيجابية وتوقعات عن التنويم المغناطيسي. ويحفزون بشدة لأن يصبحوا منومين. كما ان الأشخاص أصحاب الإيحائية التنويمية العالية يستمتعون بالأحلام النهارية ولديهم مخيلة وامتصاصية وقدرة على التنويم.

4: 5: 3 المظاهر العامة للتنويم المغناطيسي:

يحدث التنويم تغييرات مؤقتة وعميقة في الوعي والسلوك كما قد يحدث اضطرابا في المعلومات فالتغييرات المصاحبة للتنويم يمكن تصنيفها الى الآتي:

اولا: تغيرات ادراكية:

في التنويم تحدث اضطرابات ادراكية مؤقتة مثل الصمم والعمى.وبعض انماط الهلوسات السمعية. وقد تم التثبت من ان هذه الحالة ليس لها أساس فسيولوجي وذلك من خلال الدراسات الميدانية وباستخدام اجهزة خاصة لقياس الاعصبة السمعية.

ثانيا: تغييرات فسيولوجية:

اوضحت الدراسات التي اجريت بهدف الكشف عن التغيرات الفسيولوجية المصاحبة لعملية التنويم ان هناك اضطرابات بسيطة مؤقتة تحدث للشخص الذي يخضع للتنويم مثل كف استجابات الحساسية وزيادة حدة البصر وزيادة حموضة المعدة. وان الافراد المنومين تظهر لديهم اعراض ارتفاع درجة حرارة الجسم.

ثالثا: زيادة تحمل الالم:

يستخدم التنويم احيانا بدلا من التخدير. وقد اجريت عدة عمليات جراحية كبيرة باستخدام التنويم يكون التخدير فيها بطريقة الايحاء والتنويم مثل استئصال الغدة الدرقية.

4: 5: 4 نظريات التنويم المغناطيسي:

حاول علماء النفس تفسير حالة التنويم على اساس نفسي ومن خلال هذه المحاولة ظهرت عدة نظريات فسرت هذه الحالة:

وتبعا لنظرية التحليل النفسي Psychoalaytic theory: لسيجموند فرويد، فان النشوة التنويمية تمثل الندم، البالغين المنومين يعلقون وظيفة الأنا (الغرور) أو التحكم الواعي لسلوكهم، يسمحون لانفسهم بالعودة لشكل الاستجابة الطفولي التي تؤكد على الخيال والاندفاع عنه الحقيقة والمنطق.

وقدم ثودور ساربين **نظرية الدور Role playing theory** ابرز فيها بان تغيرات السلوك التي تعزى للنشوة التنويمية يمكن تقليدها عندما يوجه المنوم لذلك. وان الشخص النائم يتبنى دور المنوم . ومن هنا يستمع بعناية للمنوم لكي يتخذ ويلعب دور المنوم بشكل جيد بينما يفقد هو الوعي بذاته. وكذلك لا يمكن تنويم الشخص اذا لم يكن يألف ما هو الدور في التنويم – مجموعة سلوكيات من المفترض انها تشكل النشوة.

ويرى اصحاب **نظرية التخيل Imagination theory** بأن خبرة التنويم ترجع الى الفكر والتخيل . وقد وجد ان الافراد ذوي القدرة المرتفعة على التخيل يندمجون في التنويم بسرعة واضحة. وقد اوضحت الدراسات والبحوث المختلفة في هذا

المجال ان تخيل اي حادثة او خبرة غالبا ما ينتج نفس التغيرات الجسمية التي كانت قد ظهرت اثناء تلك الحادثة او الخبرة الواقعية. وان بعض التوترات والظواهر السلوكية والفسيولوجية المصاحبة لتلك الحركات في نفس هذه العضلات او الاعضاء التي يتصور انه يحركها بدون ان يحركها واقعيا. كما وجد ان الافراد ذوي القابلية المرتفعة للايحاء والتنويم لديهم قدرة مرتفعة مرتفعة على التخيل. (Atkinson, et al.; 2005)

ويفسر هيلجارد Hilgard (Atkinson, et al.; 2005) ظاهرة التنويم من خلال نظرية التفكك **نظرية التفكك الجديد Dissociation theory** بان مخ الانسان يحتوي على عدد من اجهزة التحكم المستقلة والتي تعمل في آن واحد. فهي تعمل وتسجل معلومات وانشطة نوعية مباشرة. ومع انها منعزلة كل منها عن الاخر الا انها تنظم في شكل هرمي. وفي اليقظة التامة تتحكم الانا في اللحاء مع بقاء الاجهزة قادرة على التحكم في الوعي. اما في اثناء التنويم فان عملية التحكم تتبدل وقوة جهاز التنفيذ تنخفض. وما يكون اراديا يصبح لا ارادي وما يمكن ان نتذكره في حالة الوعي ننساه وما ننساه نتذكره. وان جهاز التنفيذ العادي يعمل اثناء مرحلة التنويم كما لو كان ملاحظا سريا او خفيا.

4: 6 تعاطي المخدرات:

يشير مصطلح العقاقير الى اي مادة غير غذائية لها تأثيرات كيماوية تؤدي الى تغيير بناء او وظيفة الجسم ومستويات الوعي. ولما كان الجسم يفرز موادا خاصة تقوم بتنقية الدم الذاهب الى المخ وتؤثر بشكل واضح على الخلايا العصبية مبعدة المواد الكيميائة الغريبة الذاهبة مع الدم الى المخ. وتسمح بمرور المواد المحملة بالدم النقي والغذاء التي تحتاجه النيورونات العصبية. فان هناك موادا كيميائية محددة يمكن ان تمر من خلال هذه المادة وتصل الى النيورونات وتؤثر في عملها مثل مادة الكحول والافيون والعقاقير المنشطة بحيث تحدث تأثيرا على حالات الوعي.



ويعد الشخص معتمدا على مادة ما عندما يتناولها من تلقاء نفسه بشكل متكرر مما يؤدي الى حدوث التحمل. والانسحاب والسلوك القسري. والاعتمادية تعني بالضرورة

العملية التي يقوم بها الجسم بالتكيف التدريجي مع وجود المادة في الجسم. ويصبح وجودها ضروريا لكي يتمكن الجسم من اتمام الوظائف المنوطة بأنسجته المختلفة.

وتشير الاعتمادية Tolerance الى حاجة البدن للعقار الذي تم التعود على تعاطيه وهو تغير في الحالة الفسيولوجية للبدن يحدثه تكرار التعاطي لأحد العقاقير. الامر الذي يستلزم الاستمرار في تعاطيه حتي يتوقف ظهور اعراض انسحابية مزعجة قد تكون مميتة. وهي عملية تكيف مستمرة يقوم بها الجسم مع المادة. مما يحتم على الشخص تناول كميات اكبر منها بشكل متزايد من اجل الحصول على التأثير نفسه وصولا الى الحد الاقصى وحدوث الرغبة الملحة للقيام بالسلوك او لتعاطي المادة. ويحدث الادمان عندما تكيف الجهاز العصبي لتأثيرات عقار معين مما يجعل من الضروري الاستمرار في تعاطي جرعة اكبر من العقار للحصول على نفس التأثير ويصبح لدى الشخص اعتمادية جسمية او نفسية على المادة بعد تعاطيها مدة من الزمن.

وما ان يتوقف الشخص عن تعاطي المادة حتى تحدث له مجموعة من الاعراض الجسمية والنفسية المزعجة التي تظهر عند التوقف المفاجيء او عند التقليل من التعاطي بالنسبة لمن يعانون من اعتماد جسمي على عقار معين. وتظهر بعد مرور 12 ساعة من التوقف او التقليل مثل العرق الغزير، وزيادة النبض، وزيادة رعشة اليد، واضطراب النوم (الارق) واحساس بالقيء، وهلاوس سمعية، بصرية، حسية، ونوبات صرع، وهياج وسرعة استثارة وتوق شديد للمادة ودوار وصداع واحيانا هلوسة.

4: 6: 1 تشخيص اضطراب تعاطي المخدرات:

ليس من السهل بمكان تشخيص سوء استخدام مادة ما أو التعلق بها في الحالة الفردية. ويمكن إثبات استهلاك المواد من خلال تحاليل كيماوية مختلفة وخصوصاً البول والدم، مع العلم أن التحديد الكمي في الروتين اليومي صعب جداً. ويعطي التحليل المتكرر خلال فترة زمنية طويلة دليلاً على سوء الاستخدام، إلا أن ذلك يتطلب معلومات إضافية من أجل التشخيص. والمهم هنا هو معطيات تاريخ الحياة (البدء، نوع ومجرى الاستهلاك المحاولات التي جرت حتى الآن للتخلي عن الاستهلاك، ظواهر السحب ومحاولات العلاج التي تم إجراؤها حتى الآن...الخ). إضافة إلى تقويم الحالة الجسمية: الحالة العامة، والأمراض المعدية، ومساحة وأماكن الغرز في حالة الحقن الوريدي للمادة والمضاعفات المرتبطة بذلك (كالخراجات Abscess).

ويوجد اختبار بسيط من أجل تشخيص التعلق بالأفيون، إلا أنه قليل الاستخدام في العيادات يتم بوساطة عامل مضاد. فإذا ما أعطي المتعاطي مادة ذات تأثير مضاد (على نحو النالوكسان Naloxan) فإن هذا الدواء يصد مستقبلات الأفيون في الدماغ الأمر الذي يقود في حالة وجود تعلق جسدي إلى ظهور أعراض الحرمان مباشرة، لأن الجسد

يتوقف عن امتصاص العقار. أما لدى الافراد غير المتعلقين فلا تظهر ظواهر الحرمان تلك. ومن أجل تشخيص التعلق بالعقاقير غير القانونية يوجد بالإضافة إلى ذلك اختبار أمريكي يدعى كاشف شدة الإدمان Addiction Severity index وهو يحدد في ستة مجالات من المواضيع درجة تعلق ما (سلوك الاستهلاك والعواقب الطبية والمهنية والأسرية والقانونية والنفسية).

وبحسب **الدليل التشخيصي والاحصائي لمنظمة الصحة العالمية الرابع DSM-IV**

الذي ورد في الطبعة الرابعة فانه يستوجب وجود التعلق بتعاطي المخدرات تحقق ثلاثة معايير من أصل ثمانية على الأقل:

1- **التعلق الجسدي بمادة رئيسية: التحمل، التجفاف (السحب).**

2- **سوء استخدام إضافي لمواد مؤثرة نفسياً أخرى.**

3- **أمراض جسدية مرافقة وأمراض جسدية عاقبة:** أمراض المعدة والبطن، أمراض الكبد، أمراض جلدية-وجنسية، تسوس، ضعف عام في أجهزة الدفاع، ارتفاع شديد في خطر العدوى (كالإيدز والتهاب الكبد)، أمراض ناجمة عن سوء ونقص التغذية، أمراض عصبية متعددة Polyneuropathy،

4- **التعلق النفسي:** قهري غير قابل للسيطرة اشتهاء (نهم) للتناول المستمر لمادة مؤثرة نفسياً، القيام بأنماط سلوك ممنوعة أو شديدة التطرف لتأمين تناول المادة،

5- **اضطرابات وظيفية نفسية:** اضطرابات إدراك: يؤثر عدد من المثيرات الداخلية والخارجية التي هي بالأصل حيادية كمنبهات إشراطية للخبرة والسلوك القائمين على التعلق (كظواهر التجفاف، الرغبة بالعقار والحصول عليه والاستهلاك). اضطرابات شديدة في التركيز. اضطرابات في التفكير، أطوار تستمر لوقت طويل من الأفكار المحدودة والقهرية حول خبرات النشوة وحول الاستهلاك من جديد، والطرق الملائمة لتأمين العقار. حل أحادي الجانب للمشكلة من خلال الهرب إلى تناول متجدد للعقار.

6- **اضطرابات في اللغة:** ذخيرة لغوية محدودة للتعابير الانفعالية، ذخيرة لغوية محدودة تدور حول العقاقير (لدى المتعلقين بالمواد من الصغار في السن). اضطرابات انفعالية، سلوك اندفاعي غير متوازن وغير متناسب مع الموقف (سلوك لفظي وجسدي وعدواني وميول انسحابية، وسلوك اكتئابي أو نشوي حسب المادة)، سرعة تقلب المزاج، اضطرابات في الدافع، قدرة محدودة على إيجاد الحلول الوسط، قدرة محدودة في مواجهة المواقف الصعبة والمهمات طويلة الأجل. تحمل محدود تجاه خبرات النجاح

البطيئة، قدرة محدودة على التعامل مع الفشل، اضطرابات الجهاز النفسي الحركي، حركات نفسية جسدية بطيئة جداً أو هائجة (حسب التأثير الكيماوي للمادة).

7- **اضطرابات نمو في مجال إدارة الحياة (السلوك الحياتي):** (عندما يبدأ سوء الاستخدام في أثناء المراهقة أو في سن البلوغ). سلوك "طفولي" غير متناسب مع السن (عدم تحمل المسؤولية مثلاً)، نقص القدرة على إدارة حياة مستقلة، عدم وجود تأهيل مهني أو مدرسي أو تسرب، استغلال غير مثمر لوقت الفراغ، عدم الانتماء إلى مجموعات من الأصدقاء أو الانتماء إلى مجموعات مستهلكة للعقاقير، عدم وجود علاقة تشاركية (أو علاقة قائمة على أساس استهلاك العقاقير فقط)؛ غالباً ما تكون مرتبطة باضطرابات في العلاقة واضطرابات جنسية، إهمال الملابس والعناية، ... إلخ.

4: 6: 2 اختلاف آثار العقاقير:

يوجد انواع عديدة من العقاقير التي يتناولها الافراد. منها ما هو باشراف طبي وهي الادوية التي يتناولونها للشفاء من مرض ما. ومنها ما هو غير طبي يمثل خطورة على الوعي. ومن هذه العقاقير المخدرات والمنبهات التي يمكن تصنيفها الى الآتي:

أولا: المنشطات Stimulants:

وهي تنشط الجهاز العصبي المركزي وتمنع النوم وتؤثر على اللحاء عن طريق جهاز الحث الشبكي. وتكون موادها مستخرجة من الطبيعة او يتم تخليقها في المختبرات. ومن المنبهات او المنشطات المستخرجة من الطبيعة: الافيون ومشتقاته (مورفين، هيروين، كودايين) وتلك التي يتم تخليقها مثل مركبات الباربيتوريت والمهدئات الصغرى. وبحسب تصنيف منظمة الصحة العالمية لعقاقير الادمان المنشطة. كالكافيين والنيكوتين والكوكايين والامفيتامينات (بنزدرين، ركسي، منثدرين).

ثانيا: المهبطات Dressant:

وهي تحدث انهباطا في لحاء المخ او تسبب له النعاس وتظهر له افكارا لاشعورية وقد تسبب له الاغماء. كما تحدث خفضا في مستوى نشاط الجهاز العصبي وتوحي بالشعور بالاسترخاء والنوم. والجرعات المتوسطة منه تخفض الشعور بالقلق والاحساس بالسعادة. اما الجرعات الكبيرة منه فانها تخفض الوعي والشعور بالالم الى درجة قد تصل الى الموت. ومن اهم هذه المهبطات الكحوليات. وبحسب تصنيف منظمة الصحة العالمية لعقاقير الادمان المهبطة او المهدئة كالكحول، والمورفين، والهيروين، والافيون، ومجموعة الباربيتورات والميثادون (Schwartz, 2003).

ويستخدم مصطلح الكحولية ليشير الى الشخص الذي لديه ادمان جسمي على الكحول. ويظهر اعراضا انسحابية عندما يحاول الامتناع عن الشرب ويطور قدرة عالية على التحمل وان قدرته على التحكم بسلوكه فيما يتعلق بشرب الكحول محدودة.

وتنعكس التغيرات الاجتماعية في أي مجتمع من المجتمعات من خلال استهلاك المواد المسببة للإدمان، ومن خلال عادات الشرب ومناسباته واستهلاك الكحول وما يرتبط مع ذلك من تكاليف وعدد المتعلقين. وتحتل الكحولية في أي مجتمع من المجتمعات وظائف وأهمية مختلفة حسب الاتجاهات السياسية والاقتصادية والثقافية والعقائدية لهذا المجتمع أو ذاك. وليس بالضرورة أن ينظر لهذه الوظائف والأهمية من منظور سوء الاستخدام الممكن، إذ يتم في كثير من المجتمعات تناول الكحول كتعبير عن الفرح الناجم عن النجاح في مواجهة مواقف معينة، كالترقيات المهنية والنجاح في الامتحان أو نتيجة الفرح الناجم عن اجتياز مرحلة من مراحل الحياة على نحو أعياد الميلاد أو الزواج أو الاحتفالات الأخرى، أو ببساطة في المناسبات الاجتماعية من أجل التأكيد على خصوصية موقف ما أو خصوصية ظروف معينة، كالتعارف أو اللقاء أو نهاية السنة أو الأعياد. كما تمتلك المرافق المحلية المنتشرة في كثير من البلدان كالحانات Pubs في إنجلترا والحانات أو مطاعم الهواء الطلق في ألمانيا وظائف طقوسية (أو مطقسة). ولا بد من التأكيد على ذلك لأن الأشخاص الذين يعانون من مشكلات الكحول يعيشون في هذا المجتمع ومن ثم فهم يواجهون باستمرار تلك المواقف "أو المعززات" المذكورة (Halonen &Santrock, 2003).

ومن ناحية أخرى يتفق جميع العلماء على أنه لا يوجد نمط من أنماط السلوك تسهم فيه العوامل الثقافية ويقود إلى مشكلات طبية واجتماعية وقانونية أكثر من استهلاك الكحول. فالخسائر التي أدى اليها استهلاك الكحول في الولايات المتحدة الأمريكية في عام 1975 على سبيل المثال كانت أعلى من التكاليف الناجمة عن أمراض السرطان والمجاري التنفسية مجتمعة. وان حوالي 50% من حوادث القتل وحوادث السير التي تقود إلى الموت تنجم عن استهلاك الكحول. وتشير التقارير الطبية بأن حوالي 100000 حالة وفاة نتيجة تعاطيهم لمادة الكحول كل عام . مما يقدر الاطباء ان تعاطي الكحول يمثل سببا رئيسيا ثالثا للوفاة بعد التبغ والتغذية السيئة. وقلة النشاط البدني. كما أن استهلاك الكحول وتأثيراته يرفع من خطر الانتحار. حيث اشارت التقارير الطبية كذلك بأن 21% من الكحوليين ككل يموتون بالانتحار.

وقد وجد ان تعاطي الكحول بجرعات بسيطة تنشط الخلايا. ثم تؤدي بعد ذلك الى خفض النشاط العام للجهاز العصبي المركزي. وتؤثر مباشرة على النيورونات وتخفض من النبضات العصبية داخل المخ كما تؤثر مباشرة في جهاز التكوين الشبكي. مما يؤدي الى احداث كف في اللحاء. كما انها ترتبط بعدد من الاضطرابات المتعلقة بارتفاع ضغط الدم والسكتة القلبية وتليف الكبد وبعض انواع السرطان. وان الافراط في شرب الكحول يعد مسؤولا عن احداث اعطال مهمة في الجوانب المعرفية لا يمكن علاج معظمها. كما يساهم في حدوث مشكلات

صحية أخرى كالتعبير عن العدوانية والارتفاع الكبير في معدلات جرائم القتل والاعتداءات ويقود الى سلوكيات جنسية متهورة (Wade & Tavris, 2006).

وتختلف اثار الكحول باختلاف شخصية الفرد المدمن. فالخجول ربما يصبح منفتحا واجتماعيا وصاحب نكتة. والشخص النمطي العادي يصبح اكثر عدوانية. ونتيجة لتعود الشخص على الخمر، فانه يصبح مدمنا

ثالثا: عقاقير انتقائية:

وهذه العقاقير تتداخل مع القدرة على ادراك الالم، وحث الجهاز السمبثاوي. وبعضها يحدث تشتتا في الادراك والهلوسات. كالقنب الهندي الذي يستخرج منه الحشيش والماريوانا.

رابعا: عقاقير الادمان:

وهذه العقاقير تغير في وظيفة الجهاز العصبي المركزي فلا يستطيع هذا الجهاز ان يؤدي وظيفته بشكل اعتيادي بدون تناول هذا العقار وهو ما يسمى بالادمان Addiction اي التعاطي المتكرر لمادة نفسية او لمجموعة من المواد النفسية لدرجة ان المدمن يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي. وعجز او رفض للانقطاع او لتعديل تعاطيه. وكثيرا ما تظهر عليه اعراض الانسحاب اذا ما انقطع عن التعاطي وتصبح حياته تحت سيطرة التعاطي الى درجة تصل الى استبعاد اي نشاط آخر. .

4: 6: 3 خصائص الاعتماد على العقاقير:

اوضح الباحثون مدى الضرر الذي تحدثه العقاقير في سلوكيات الافراد لدى تناولهم او ادمانهم لها وذلك لسرعة تأثر المراهقين بها وانجرافهم لتعلمها وممارستها. فالافراد في شرب الكحول والتدخين وتعاطي المحظور من المخدرات والممارسات الجنسية غير المأمونة وسلوك المغامرة الذي يمكن ان يقود الى الحوادث او الموت المبكر. وان كثيرا من هذه السلوكيات يرتبط بشدة بثقافة الرفاق. فالاطفال يتعلمون ويقلدون سلوك رفاقهم الذين يحبونهم ويعجبون بهم ويزداد انجذابهم لبعضهم مع بداية مرحلة المراهقة خاصة ما يرتبط منها بتناول الكحول والتدخين وتعاطي المخدرات. وان عددا من هذه السلوكيات الضارة بالصحة له علاقة خاصة بالكيفية التي يرغب بها الفرد في اظهار ذاته. حيث يبذل المراهقون جهودا حثيثة لاظهار انفسهم بمظهر متطور.

وتشكل سلوكيات شرب الكحول والتدخين وتعاطي المحظور من المخدرات والممارسات الجنسية غير المأمونة وسلوك المغامرة مصدرا لمتعة المراهق وتعزز من قدرته على التكيف مع مواقف الضغط التي يتعرض لها. حيث تتطور هذه السلوكيات تدريجيا نتيجة التعرض التدريجي لها. مما يزيد من قابلية قيامه بها. وتجريبها ثم ادائها بشكل منتظم.

ان الافراط في تناول المواد المختلفة سواء اكانت سجائر او كحوليات او مخدرات او ممارسات جنسية غير آمنة يمكن التنبؤ بحدوثه من خلال مجموعة من المؤشرات التي تتفق بها هذه السلوكيات . وتشير الدراسات ذات الصلة بأن المراهقين الذين ينخرطون في تلك الممارسات الخطرة يتعرضون غالبا لمستويات عالية من الصراع مع ابائهم ويمتلكون قدرة ضعيفة من ضبط الذات. مما يعتبر بعض الباحثون هذه السلوكيات بمثابة استراتيجيات تعامل للتكيف مع ضغوط الحياة.

4: 6: 4 فئات المتعاطين للمواد المخدرة

يوجد اربع فئات من متعاطي المخدرات هي (الخالدي، 2008):

- **المجربون**: يتعاطون مرة الى ثلاث مرات في حياتهم بدافع حب الاستطلاع او المجارات او التحدي وتعتبر شخصية طبيعية.
- **العابرون**: وهم الافراد الذين يتعاطون المخدرات مرة او مرتين في الشهر بمناسبات خاصة بدافع الفرفشة وتعتبر شخصية مزاجية
- **المنتظمون:** وهؤلاء يتعاطون المخدرات مرة في الاسبوع او عدة مرات كعادة خاصة. شخصية هروبية مضطربة.
- **المدمنون:** وهؤلاء يتعاطون المخدرات يوميا وبكميات كبيرة بسبب الادمان النفسي او الجسمي او كلاهما شخصية مريضة نفسيا.

اما **السمات الشخصية** الاكثر عرضة لتعاطي المخدرات او الادمان عليها فهي نوعان:

- **الشخصية الانطوائية او الاعتمادية:** نتيجة التسلط الابوي في التنشئة والقسوة أو الكبت نتيجة التسلط والمثالية، او الاعاقات الجسدية او التمييز الاجتماعي، أو النبذ من الوالدين او احدهما. او العقاب الجسدي في التنشئة
- **الشخصية العدوانية او التشككية:** نتيجة الاغداق الزائد في التنشئة او الحرمان المدقع في التنشئة، او شعور بالنقص نتيجة تدني المستوى الاقتصادي، او الاعاقات او التمييز الاجتماعي

4: 6: 5 الاسباب المؤدية لتعاطي المخدرات:

يرى عدد كبير من **المحليين النفسيين** أن أساس تعاطي الشخص للمخدرات يرجع للنمو المضطرب للأنا. وهذا يقود إلى حالة من التوتر غير القابل للتحمل (ناجم عن إهمال الأم وعن صورة أب ضعيف وسلبي)، والتي يمكن التغلب عليها من خلال استهلاك العقاقير. ويتم شراء تخفيض هذا التوتر من خلال انهيار التنظيم الطبيعي للأنا

ومن خلال تراجع الواقع إلى الخلفية في الوقت نفسه. وعند تراجع تأثير العقار تعود الاكتئابات وحالة التوتر الشديد ثانية مما يقود من جديد إلى الرغبة الشديدة في العقار. ويلعب التحمل دوراً مهماً. فعند استمرار تناول العقاقير تضعف العوامل النشوئية لاستهلاك العقار باستمرار بحيث يشعر المتعلق الفرد بالخوف من تخفيض الأحاسيس الإيجابية وتزداد شدة حالة التوتر والاكتئاب. وأخيراً يصبح اهتمام المتعلق متمركزاً على الحصول على العقار فقط، مع العلم أن انفعال اللذة الدوائي يحل شيئاً فشيئاً محل الأحاسيس الجنسية والرغبات. وتتراجع المواضيع الأخرى خلف هذا الهدف الأولي باعتبارها مواضيع فائضة.

ويرى **محللون نفسيون آخرون** أن حقن عقار ما وسيلة بسيطة بدائية لإشباع الحاجات التي لا يمكن تحقيقها في الحياة اليومية. فالحقن بالهيروئين يحل التوتر الناجم عن الحياة اليومية ويعود بالمتعلق إلى طور طفلي، ذلك الطور الذي يمكن أن يكون الإشباع فيه بسيطاً ويتم دون صعوبات كبيرة. وتتمثل مشكلة كل النظريات التحليلية النفسية في هذا المجال كما في المجالات الأخرى في نقص الأسس التجريبية.

ومن وجهة **النظر البيولوجية** فقد اشار كل من دول ونايسواندر Dole & Nyswander. فرضية أنه يوجد أشخاص يملكون قصوراً استقلابياً غير قابل للتحديد النوعي. وتعد التجربة الأولى مع العقار نتيجة لفضول طبيعي، إلا أن الشذوذ العصبي المنشأ المذكور يشكل مع الأرضية المنمية للإدمان للشخصية الفردية الأساس لتطور الإدمان. أما اليوم فلم تعد هذه النظرية تلقى التأييد بسبب نقص الدلائل التجريبية ونتيجة وجود معارف أفضل حول التأثير البيولوجي الكيماوي للعقاقير.

ومن وجهة **نظريات الشخصية** فقد سيطر لسنوات طويلة تصور الشخصية الإدمانية على شكل سمات استعدادية مسبقة موحدة لتطوير التعلق. وعلى الرغم من إيجاد عدد كبير من الفروق بين المتعلقين وغير المتعلقين (في مجال علم الأمراض النفسية ونتائج عصابية وذهانية واضطرابات شخصية وسيكوباثية وسوسيوباثية ومفهوم الذات وتصورات القيم)، إلا أن النتائج غالباً ما كانت مثاراً للشك وذلك لأسباب طرائقية. وبشكل عام ليس هناك بنية شخصية نوعية وثابتة فيما يتعلق بالمتعلقين. بالإضافة إلى ذلك توجد هنا مشكلة أيضاً فيما يتعلق بالأسباب والتأثير. فالدراسات أجريت بطريقة استرجاعية بحيث أن السؤال فيما إذا كانت النتائج التي تم الحصول عليها لدى الذين أصبحوا متعلقين سببياً أم نتيجة للتعلق، تظل بدون إجابة.

ويعد **تصور أوسوبيل Ausubel** مثالاً حول العدد الكبير للنظريات النفسية. ويفرق أوسوبيل بين العوامل الداخلية المثيرة للإدمان والعوامل الخارجية. ويقصد بالعوامل الخارجية بشكل أساسي الحصول على الارتباط مع حالات القهر الاجتماعي أو السلطة الانتمائية لمجموعات الأتراب. وتؤثر هذه العوامل مع بعضها بعضاً وتقود إلى

استهلاك مستمر للعقار بشرط أن تكون العوامل الداخلية موجودة كذلك. ومن العوامل الداخلية اضطرابات الشخصية المختلفة التي تتصف أساساً بأنماط سلوك سلبية غير متحملة للمسؤولية وفوضوية، ,يرى أوسوبيل أن أسباب اضطرابات الشخصية هذه هي في العلاقات المضطربة بين الطفل والأسرة. ويحقق استهلاك العقاقير وظيفة نوعية في إطار اضطرابات الشخصية المعنية كالمواجهة المباشرة للإرهاقات وحالات التوتر على سبيل المثال (Amato & Afifi, 2006).

وتذهب أغلب **النظريات الاجتماعية** إلى أن التعلق لا ينجم عن اضطراب فردي خاص بالفرد، وإنما عبارة عن اضطراب ينجم عن عوامل اجتماعية. ومن ثم يمكن لأي شخص أن يصبح متعلقاً إذا توفرت الظروف الاجتماعية الخاصة. وتلعب سمات العقاقير النشوية في النظريات الاجتماعية دوراً ضئيلاً في النظريات الاجتماعية. وبصورة مشابهة لأوسبيل يصف ليندسميث Londesmth، على سبيل المثال الاستعمال الأول للعقاقير ضمن مفهوم تيسر العقار Availability وضغط مجموعة الأقران Peer-groups. أما أسباب الاستعمال الأول للعقار فيمكن هنا أن تكون من طبيعة مختلفة جداً أما العوامل المثيرة المخمنة فهي مجموعات الأقران. وبعد حصول التعلق الجسدي يلعب التغلب على أعراض السحب دوراً في الحصول على العقار بصورة مستمرة. عندئذ يصبح شخصاً ما مدمناً عندما يعيش بوعي متلازمة الحرمان ويدرك وجود علاقة منطقية بين هذه المتلازمة والاستهلاك اللاحق للعقار(Baldry & Farrington, 2000).

وتعد **نظرية العاملين لفيلكر** (1965) من التصورات النظرية التعلمية القديمة، وتذهب هذه النظرية في البدء من أن الاستهلاك الأولي للعقاقير يمكن تفسيره بشكل أساسي من خلال الظواهر الاجتماعية. وهو يفترض أن مثل هؤلاء الأشخاص يقومون بتجريب العقاقير لتحقيق التوقعات المتزايدة للتأثير الإيجابي للعقار ولإشباع الحاجات الأولية. وبعد تطور التعلق الجسدي تؤدي الخبرة بإمكانية التغلب على أعراض السحب من خلال تكرار استهلاك العقار إلى سلوك هادف وكثيف فيما يتعلق بالحصول الدائم على العقاقير (Johnson,et al., 2002).

وترى **النظرية المعرفية** بأن هناك توقعات ايجابية يتم تخزينها في عقل المتعاطي تدفعه مع وجود افكار لا عقلانية مرتبطة بسلوك التعاطي.

أما النظرية السلوكية فترى ان سلوك تعاطي المخدرات سلوك قهري ارتبط بمشاعر ايجابية (اي تم تعزيزه اما ايجابا او سلبا) ويحدث نتيجة الاشراط والتعزيز الايجابي (مشاعر الراحة والود والسعادة الناتجة عن سلوك التعاطي). وفي التعزيز السلبي. فان لسلوك التعاطي قدرة على سحب مشاعر القلق والتوتر والخوف والشعور بالذنب وأعراض الانسحاب.

وأورد **الخالدي** (2008) اسباب تعاطي المخدرات تعود للشخص نفسه، وللاسرة، والمجتمع.

وتشتمل الاسباب التي تعود للشخص الى: ضعف الوازع الديني والوطني، رفاق السوء، الاعتقاد بزيادة القدرة الجنسية، السفر للخارج، الشعور بالفراغ وتوافر المال، حب التقليد والفضول، السهر خارج المنزل، الهموم والمشكلات الاجتماعية، انخفاض مستوى التعليم والثقافة، العنف الاسري، الرغبة بزيادة ساعات العمل والدراسة، الاستعداد الشخصي والوراثي، الشعور بالملل والفراغ، الانفتاح على الثقافات بشكل غير مراقب (Hadfield, 2002).

اما **الاسباب التي تعود على الاسرة** فهي: القدوة السيئة من احد الوالدين او كليهما، عدم تكافؤ الزوجين، القسوة الزائدة على الابناء، انشغال الوالدين عن الابناء، الضغط على الابناء من اجل التفوق(Bornstien & Lamb, 2006).

والاسباب التي تعود على المجتمع هي: توافر مواد الادمان من خلال المروجين والمهربين، غياب الرقابة على اماكن الترفيه واللهو، العمالة الوافدة، الانفتاح الاقتصادي والبطالة، غياب الدور الاعلامي التوعوي والوقائي والردعي، غياب الرقابة المشددة على الصيدليات، غياب دور المعلم القدوة، وعدم وجود مناهج دراسية وعلمية تطرح واقع المشكلة ومخاطرها، وعدم تدريب الطلاب على مهارات اتخاذ القرارات السلوكية الخاطئة. العادات الاجتماعية وعدم وجود عقوبات شديدة ورادعة بحق تجار المخدرات (Cunningham, 2001).

4: 6: 6 الاضطرابات الناتجة عن تعاطي المخدرات:

توجد أسس مختلفة لتصنيف المواد ذات التأثير النفسي. إذ يمكن تصنيفها على سبيل المثال على أساس التركيب الكيماوي أو حسب احتمالات التعلق بها أو وفق التأثيرات الاجتماعية والنفسية. وهو ما تقوم به منظومات التصنيف في الواقع، حيث تستخدم في تصنيفها أحد السمات الثلاثة التالية على الأقل(Davison & Neale, 2004):

- **التعلق النفسي:** والمقصود به النزوع الذي لا يقهر للتناول المتكرر دائماً لعقار ما بهدف تحقيق حالة إيجابية أو حالة من اللذة أو بهدف تجنب مشاعر الضيق.

- **التعلق الجسدي :** بعد التناول المتكرر لغالبية العقاقير ينشأ التعلق الجسدي (وتختلف كمية التكرار حسب المادة). ويتعلق الأمر هنا بحالة تلاؤم للاستقلاب الذي يقود إلى أن يصبح الجسد متعلقاً بانتظام بالإمداد بمادة مؤثرة نفسياً. ويوجد معياران أساسيان لوجود التعلق الجسدي:

- **التحمل:** حيث يتم باستمرار زيادة كمية الجرعة من أجل الوصول إلى الأثر المرغوب. وهذا يعني في الوقت نفسه أن تأثير المادة يتناقص بالتدريج عند تناول الجرعة نفسها بصورة متكررة.

- **ظواهر الحرمان أو السحب:** ويظهر الحرمان أو السحب بعد توقف تناول العقار ويعبر عن نفسه في أعراض مختلفة كالحرارة والبرديّة وآلام الأعضاء (متلازمة السحب الخاصة بالمادة).

- **الآثار الاجتماعية:** يؤدي التعلق الجسدي أو النفسي أو كلاهما معاً عاجلا أو آجلاً إلى عواقب اجتماعية وخيمة منها على سبيل المثال إهمال وتضيق العلاقات الاجتماعية وتراجع قدرات الإنجاز المهنية وظواهر تدمير للحياة الشخصية. بالإضافة إلى ذلك يقود تعود استهلاك المواد غير القانونية إلى أنماط سلوك جنائية وأعمال أخرى غير قانونية للحصول على العقاقير(Holms, 2003).

ويميز **الدليل التشخيصي والاحصائي لمنظمة الصحة العالمية الرابع DSM-IV** بين سوء استهلاك المواد والتعلق بها كما هو موضح في الجدول رقم (9 : 1).

جدول (9: 1) معايير **الدليل التشخيصي والاحصائي لمنظمة الصحة العالمية الرابع DSM-IV** بين سوء استخدام المواد والتعلق بها

سوء الاستخدام	التعلق
• مواصلة الاستهلاك على الرغم من المعرفة بالمشكلات الناجمة عن ذلك. • الاستهلاك المتكرر في المواقف الحرجة. • مشكلات قانونية. • الاستمرار بتناول المادة على الرغم مما ينجم عن ذلك من مشكلات اجتماعية. • لا يوجد تعلق • يظهر الاضطراب عبر 12 شهر التي يتم فيها سوء الاستهلاك	• ازدياد التحمل • أعراض السحب • زيادة الجرعة • الرغبة المستمرة في السيطرة على المادة(محاولات فاشلة للسحب) أو محاولة ذلك. • الاستهلاك الكبير للوقت من أجل الحصول على المادة. • تقييد أو تضييق وقت الفراغ أو النشاطات المهنية بسبب الاستهلاك. • الاستمرار بالتعاطي على الرغم من معرفة الأضرار. • تكرار تناول المادة لمكافحة أعراض السحب.

أما معايير سوء استهلاك المواد التشخيصية فتتخل ص في الآتي:

أ - يقود الأسلوب غير المناسب لاستهلاك المادة إلى أضرارا ومعاناة بحيث يتحقق واحد من المعايير التالية عبر 12 شهراً:

- مواصلة الاستهلاك الذي يقود إلى الفشل في تحقيق الواجبات المهنية أو المدرسية أو المنزلية.
- الاستهلاك المتكرر في المواقف التي يشكل فيها التناول خطراً جسدياً (تناول الكحول في أثناء قيادة السيارة مثلاً).
- تكرار المشكلات القانونية في سياق استهلاك المواد.
- الاستمرار بتناول المادة على الرغم من المشكلات الاجتماعية أو البين إنسانية المستمرة أو المتكررة الناجمة عن تناول المادة أو التي تزداد بسبب تعاطي المادة.

ب - ينبغي ألا تتحقق معايير التعلق في أي وقت من الأوقات على الإطلاق.

4: 6: 7 مراحل الادمان على الخمر:

قسم الباحثون تطور تعاطي الكحول الى 19 خطوة على النحو الاتي (الشيخ، 2002):

- تعاطي عرضي لتخفيف التوتر العصبي
- تعاطي مستمر لتخفيف التوتر العصبي
- تعاطي الخمر سرا
- الشعور بالذنب
- يفكر انه مدمن ويتجنب اي حديث عن مشكلته مع الخمر
- يقود سيارة وهو سكران او يقدم للمحاكمة بهذا السبب
- يفقد التحكم في الكمية التي يتعاطاها
- السلوك العدواني وانكار التعاطي
- فشل تصميمه بالاقلاع
- يتحاشى افراد اسرته واصدقائه
- مشاكل العمل بسبب الاهمال والغياب والديون
- مشاعر سخط بدون مبررات

- اهمال الغذاء
- الانحلال والتدهو الخلقي (الكذب - الغش)
- تعطل التفكير
- العجز عن تنفيذ ما يريد
- رغبات روحانية غير واضحة
- الاعتراف الكامل بالفشل والعجز عن التخلص من الخمر
- التعاطي الوسواسي والمستمر في حلقات مفرغة.

واشار عكاشه (2003) في السياق نفسه الى اربع مراحل لتعاطي المخدرات هي: ما قبل الادمان، الانفراد بالادمان، مرحلة الادمان، الادمان المزمن

4: 6: 8 أساليب العلاج:

اشار الباحثون الى عدد من اساليب العلاج لمدمني المخدرات اشتملت على الاتي:

أولا: العلاج الطبي:

ويتمثل بالسحب الآمن للمخدر او الكحول من الجسم . فيما عدا المهلوسات والمواد المتطايرة. وذلك باعطاء المدمن ادوية مضادة للمادة التي ادمن عليها. بالاضافة الى فيتامينات وادوية مهدئة للتخفيف من الاعراض الانسحابية.

ثانيا: اعادة التأهيل النفسي والاجتماعي:

يمكن استخدام عدد من فنيات العلاج النفسي التي اشارت اليها نظريات الارشاد النفسي السلوكي المعرفي في اعادة تأهيل المدمن نفسيا واجتماعيا:

فمن وجهة **النظر السلوكية المعرفية**. فانه يمكن تأهيل المدمن بتعليمه أساليب التعامل مع الاستنشاق والتغلب عليه، وتطوير خطة شخصية شاملة مع المواضع التي تشكل خطرا عليه في المستقبل، وتطبيق مهارات حل المشكلة للتغلب على المشكلات النفسية والاجتماعية التي تشكل عائقا في العلاج. وتعلم وممارسة مهارات اتخاذ القرار ورفض المخدر والكحول، وكذلك تعليمه اساليب التجنب ومنع الانتكاس والتعامل معها اذا حدثت(Rimm & Masters, 2009).

كما يمكن استخدام **استراتيجيات زيادة الدافعية للتغيير** كي تساعد المدمن في تقبل فكرة العلاج والانخراط والاستمرار فيه. والتعاطف معه واحترامه واقامة علاقة دافعة معه والدعم والحماية والاهتمام به والاستماع اليه. واسداء النصيحة له في الوقت المناسب. وكذلك ازالة الحواجز التي تمنعه من الانخراط في العلاج وتقليل رغبته في التعاطي. ومساعدته في وضع اهداف واضحة قابلة للتحقيق.

ويمكن تنفيذ استخدام مجموعات الدعم الذاتي بمشاركة مجموعة من الزملاء بخبراتهم وقوتهم الاعتمادية الكيماوية او المشكلات الاجتماعية الاخرى بحيث يستفيد الاعضاء المتطوعون بالاضافة الى المدمن من اجل التعافي والابتعاد عن المخدر.

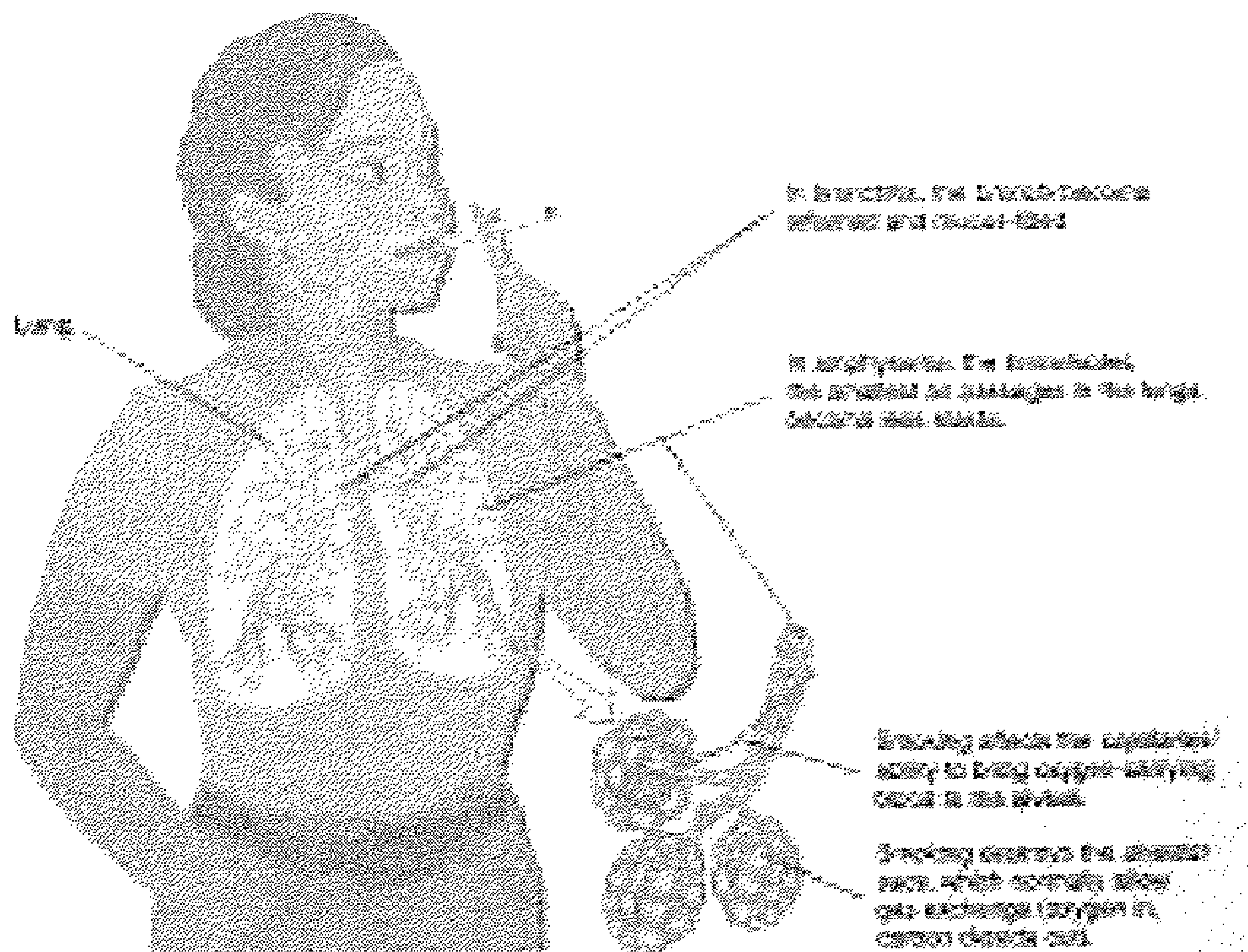
ويمكن استخدام **العلاج الجماعي** الذي يعتمد على الاسرة في علاج المراهقين المدمنين بهدف تقليل السلوك غير المحبب وزيادة السلوك المرغوب فيه. وذلك بعقد جلسات فردية وجماعية تعمل في البيت او المدرسة او العيادة للعمل على تطوير مهارات اتخاذ القرار وحل المشكلات واكساب المدمن مهارات التعامل مع ضغوطات الحياة بطرق افضل. وتعليمه التفريق بين التأثير والسيطرة.

وفي العلاج الاجتماعي يمكن تدريب المدمن على المهارات الاجتماعية اذا كان يفتقد القدرة والمهارة. وتحسين علاقته باسرته ومجتمعه ومساعدته على استرداد ثقة الاسرة والمجتمع به. واخضاعه لبرنامج اعادة الاستيعاب الاجتماعي.

4: 7: التدخين:

جميع علب السجائر المباعة في معظم دول العالم تحمل رسالة مثل: "تحذير: الجراح (الطبيب) العام قد اثبت ان التدخين خطر على حياتك" وتم حظر دعايات السجائر في الإذاعة والتلفزيون منذ عام 1982.

وفي اعلان للجراح ايفيريت كووب اشار فيه الى ان "تدخين السجائر معروف بوضوح كمسبب رئيسي. للعديد من الامراض. خاصة امراض القلب والسرطان. مضيفا انه في ذلك العام سوف يلقى ما قارب 430,000 شخص حتفهم من السرطان الرئوي (Rathus, 1993).



ويمكن ان يسبب تدخين السجائر سرطان الرئة. والحنجرة، وتجويف الفم، والمريء. ويمكن ان يساهم في سرطان البنكرياس، والمثانة، والكلى، ويرتبط التدخين أيضا بالموت من امراض القلب، وسرطان الرئة المزمن وامراض الجهاز التنفسي. وامراض الشعيبات المزمن وانتفاخ الرئة واضطرابات التنفس والاضرار والاصابات الناجمة عن الحرائق والحوادث. وانخفاض في اوزان المواليد واعاقة نمو الاجنة وفرط النشاط عند الرضع. كما ان النساء الحوامل المدخنات يخاطرن بالاجهاض. أو ولادة الخداج واعاقات الولادة (Brannon & Feist, 2004).

وقد اورد تايلور (2008) قائمة بعدد الوفيات السنوية الناتجة عن التدخين في الولايات المتحدة على النحو التالي:

الامراض	الوفيات
• سرطان الرئة	123000
• امراض القلب	98000
• امراض الرئتين المزمنة	72000
• امراض سرطانية أخرى	32000
• السكتات	24000
• مظاهر تشخيصية أخرى	81000

4: 7: 1 مكونات التبغ:

حيث ان هناك دخان، فان هناك كيماويات، حيث يحتوي التبغ على اول اكسيد الكربون والهيدروكربون "القطران" والنيكوتين. فالأكسجين ينقل في الدم عن طريق الهيموجلوبين. لكن عند اتحاد اول اكسيد الكربون مع الهيموجلوبين تفسد قدرة الدم لتغذية الدم بالأكسجين. هي نتيجة واحدة، قصير النفس بعض الهيدروكاربونات اثبتت انها تسبب السرطان للحيوانات المخبرية.



النيكوتين هو المحفز الموجود في السجائر وهو يسبب نداوة وبرود الجلد. والضعف والدوخة، والقيء، والغثيان، والإسهال – وكل ذلك يعزى الى الارتباك والانزعاج الحيني للمدخن المنعزل. يحفز النيكوتين إطلاق هرمون الأدرينالين.

والأدرينالين يخلق قوة نشاط لا إرادي. متضمنا تسرع دقات القلب واخلاق السكر في الدم أيضا يوفر نوع من الانطلاق الفكري . النيكوتين هو المسؤول عن تحفيز خصائص دخان السجائر. لكن تأثيرها محدود في المدى البعيد يمكن ان يساهم في التعب الجسدي.

4: 7: 2 الاعتماد الجسدي:

مع ان هناك تناقضا لا بأس به من حيث هل يعتمد المدخنون جسديا على السجائر؟

الظاهر ان النيكوتين هو العامل الذي يولد الاعتمادية. وان التناقض حول الاعتماد الجسدي ينطلق من حقيقة ان أعراض الانسحاب من تدخين السجائر (العصبية، النعاس، فقدان الطاقة، الصداع، التعب، الأمعاء غير الاعتيادية، خلو الرأس ، الأرق، الدوخة، الضيق، خفقان القلب بسرعة وقوة. الارتعاش، والتعرق) يحاكي حالة التلهف.

ويرى ستانلي شاشتر (1977) ان المدخنين النظاميين يكيفون تدخينهم من اجل إبقاء مستوى نيكوتين معين في مجرى دمهم. عليه نحن نعرف ان المدخنين يتجنبون الهبوط في مستوى النيكوتين في الدم. هذا التغيير يؤدي الى تغيير جسدي ذي وزن ناتج عن التدخين. والأشخاص اللامريدين للدخول في هذا التغيير يعتبرون مدمنين.

لقد وجد أيضا ان النيكوتين يبرز أسرع عند كون البول عالي الاسيدنة التوتر يزيد كمية الاسيد في البول لهذا السبب المدخنون ربما يحافظون على نفس مستوى النيكوتين في الدم. ربما يعتقدون ان النيكوتين يساعدهم على احتمال التوتر بشدة ان " التأثير المطمئن" المنسوب للتدخين يعزى ليس اكثر من تعليق عوارض الانسحاب للمدخنين المدمنين ، مصدر التوتر الوحيد الذي يعيشه المدخن هو عارض الانسحاب القلق، الضغط، على كل حال بحث (سيلفر ستاين، 1982) يقترح بشدة ان التأثير المطمئن المنسوب للتدخين يغري ليس اكثر من تعليق عوارض الانسحاب للمدخنين المدمنين. مصدر التوتر الوحيد الذي يعيشه المدخن هو عارض الانسحاب (قلق ترك الدخان).

4: 7: 3 تاريخ انتشار التدخين:

يعود تاريخ اكتشاف التبغ الى تلك المرحلة الاستكشافية التي قام بها كريستوفر كولومبس حول العالم والتي تمخض عنها اكتشاف العالم الجديد (امريكا). حيث كان التبغ معرفوا لدى الهنود الحمر. فقام كولومبس بنقل نبتة التبغ معه الى اسبانيا وتمت زراعتها لاول مرة في جزيرة Hispaniola الاسبانية. وبذلك تكون اسبانيا اول دولة اوروبية عملت على زراعة ونشر هذه النبتة وكان ذلك سنة 1530 . (Serenviratho, 1980)الا ان التبغ لم ينتشر بشكل كبير الا في زمن الحرب العالمية الاولى عندما عملت الحكومات على تزويد جيوشها بالسجائر من اجل مساعدتهم على الاستمرار في ظل الظروف الانسانية المروعة التي كانوا يعيشونها في فترة الحرب. وفي أواخر الستينات من

القرن الماضي بلغ عدد المدخنين في الولايات المتحدة الامريكية ما يقارب 52مليون شخص. وفي الاردن بلغ انتاج السجائر للاستهلاك المحلي عام 1979 ما يقارب 118 مليون و800 الف علبة سجائر. (حماد، 1981). ولكن. **لماذا يدخن الناس؟**

4: 7: 4 لماذا يدخن الناس؟

لو وجهت هذا السؤال للمدخن فانه قد يجيبك: لا اعرف وقد يقول لك احب التدخين، عادة، ....الخ. ففي دراسة استطلاعية اجريت على عينة من طلبة الجامعة الاردنية دلت نتائجها على ان 26% من افراد العينة دخنوا بسبب شعورهم في الرغبة بالتدخين وان 20% تأثروا بمناسبات اجتماعية و17.8% دخنوا بسبب التقليد و5.19 دخنوا بسبب تحدي من قبل الاصدقاء و1.5 % دخنوا بسبب شعورهم باكتمال النضج. اما بقية العينة فلم يتمكنوا من تحديد السبب وراء التدخين. وتشير دراسة اخرى ان 96.3% من المدخنين تتراوح اعمارهم بين 14 – 20 سنة. والبقية كانت من النساء.

وفي دراسة لبرين (Brean , 1990) حول الاسباب الكامنة وراء التدخين اوضح فيها ان المدخنين الصغار يبدأون بتقليد الكبار في التدخين كما يقلدونهم في ارتداء ملابسهم. وان النساء من المدخنات يعتبرن التدخين يرفع من مكانتهن ويعتبرن متحضرات وذوات مكانة عالية. وتزداد فرص التدخين بين المراهقين نظرا لارتباطه بمفهوم الرجولة.. واوضح ارنولد (Arnold, 1980) في دراسته ان سبب التدخين عند النساء يعود الى ان التدخين يعتبر نموذجا للقوة واثبات الوجود. وهي صفات ترغب النساء مشاركتها مع الرجل.

وكثير من المدخنين يسعى بعد فترة لترك التدخين الا انهم لا يستطيعون ذلك. ويرى فريمان وبيرجر (Freaman, et al, 1989) بأن السيجارة لا تحتوي فقط على النيكوتين الذي يعمل كقوة تعزيزية الذي يصل الى دماغ المدخن وانما يحتوي على مواد اخرى مثل الاسيد والكربون وغيرها من المواد التي تدخل الى الفم والرئة والدم وتحدث فيها عملية اشراط في النظام العصبي وارتفاع في ضغط الدم. كما يلعب الاشراط الاجتماعي دوره فيتكرر السلوك مع المثيرات البيئية المحيطة مثل فنجان القهوة والشاي او الشعور بالتوتر فيصبح سلوك التدخين سلوكا معززا لعوامل البيئة الاجتماعية. ويؤكد سترب ورفاقه (Strup, et al.; 2004). باننا نتعامل مع عادة سلوكية ثابتة بصعب تركها او التخلص منها بسهولة.

وكشفت الابحاث التي اجريت على التدخين خلال العقود الثلاثة الماضية عن مدى صعوبة تعديل عادة التدخين. ويعزو الباحثون سبب ذلك ان التدخين يتقرر بدرجة كبيرة في ضوء مجموعة من العوامل السيكولوجية والفسيولوجية. فالتدخين ينتقل عبر الاسرة . فقد بينت بعض دراسات التوائم والتبني عن احتمال مسؤولية بعض المؤثرات الجينية في التدخين (Heath & Madaden, 1995) وان هذه الجينات تنظم عمل الدوبامين المسؤولة على الاغلب عن دور الوراثة في التدخين.

والتدخين لا يبدأ دفعة واحدة. فهناك فترة من التجريب المبدئي يقوم الفرد فيها بتجريب تدخين السجائر ويتعرض خلالها لضغط الرفاق للقيام بالتدخين. ويطور في اثنائها

اتجاهاته حول ما هية التدخين. وبعد المرور بخبرة التجريب. فان بعض المراهقين يطورون عادة التدخين بشدة (Pierce, et al.; 1996)

ولا شك بأن العدوى الاجتماعية التي تحدث لدى الاتصال مع المدخنين دور في البدء بالتدخين. فعندما يختلط غير المدخنين بافراد يجربون التدخين او منتظمون في التدخين فانهم يبدأون بدورهم في التدخين. وان اكثر من 7% من السجائر التي يدخنها المراهقون يتم تدخينها اثناء تواجدهم مع الرفاق. (Biglan, et al.; 1987)

وتشكل الصورة التي يحملها الفرد عن المدخن عاملا مهما للبدء في التدخين. وفي مرحلة مبكرة من المراهقة تتطور الصورة عن المدخن بأنه ثائر، وصلب العود، وناضج، ومعارض للمعتقدات التقليدية (Dinh, et al.; 1995) . والصغار الذين يعانون من عدم الامن ازاء مرحلة المراهقة قد يجدون في التدخين ما يمكنهم من تحقيق تلك الصورة التي يرغبون في الظهور بها (Brannon & Feist, 2004)

وفيما اذا كان التدخين عادة ام هو ادمان؟ يجيب الشامي (1980) المشار اليه في (حماد، 1981) بأن التدخين عادة وليس ادمانا كالخمر والمخدرات. لأن المراكز الحسية في الدماغ لا تتأثر من حالة فقدان المواد الكيميائية التي تتكون منها السيجارة كمادة النيكوتين خلافا للمواد الكحولية او المخدرا ت التي تؤثر في المراكز الحسية للدماغ. مؤكدا على المدخن يمكنه ترك التدخين دون ضرر بعكس ما قد يحصل لدى مدمني المخدرات. الا ان عددا من الباحثين يرى انه يمكن اعتبار التدخين ادمانا بالمفهوم النفسي الذي يطور فيه اعتمادا نفسيا نتيجة لتعاطيه المخدر او ممارسة عادة التدخينن ، وليس بالمفهوم الفسيولوجي. واورد حماد (1981) جدولا يبين الفروق بين العادة والادمان كما يراها جون وشينبرج John & Shainberg على النحو الاتي:

الادمان	العادة
الادمان على المخدر: هو حالة التسمم او السكر المزمن او المتكرر الناتج عن الاستهلاك المتكرر للمخدر (طبيعي او مصطنع) ويتميز بما يلي:	**العادة على المخدر:** هي نتيجة اشراطية للاستهلاك المتكرر للمخدر ويتميز بما يلي:
• رغبة او حاجة شديدة ملحة للاستمرار في تناوله	• رغبة غير ملحة للاستمرار في تناوله
• الميل الى الزيادة في تعاطيه	• عدم وجود ميل او وجود ميل قليل للزيادة في تعاطيه
• اعتماد سيكولوجي وفسيولوجي لتأثيرات المخدر	• اعتماد فسيولوجي قليل دون ظهور اعراض مرضية
• تأثير محدد وواضح على الفرد والمجتمع	• تأثير محدد على الفرد ان وجد

الا ان عددا آخر من الباحثين يرى بان التدخين سلوك ادماني اقر به الافراد الذين يعانون من الادمان المتعدد وان التوقف عن التدخين اصعب من الاقلاع عن المخدرات او الكحول بالنسبة لمن ادمن عليها. ورغم ان النيكوتين هو مخدر ذو تأثير ادماني قوي. الا ان الميكانزمات التي تقود الى الادمان ليست معروفة (Grunberg & Acri, 1991).

وميزت جمعية مكافحة السرطان الامريكية اربعة انماط من التدخين:

- **التدخين الاعتيادي:** وهؤلاء هم الذين يدخنون بشكل اوتوماتيكي وبطريقة لاشعورية
- **التدخين ذو الأثر الايجابي:** حيث يعتبر مبررا اما للحصول على الاثارة والاسترخاء
- **التدخين ذو الاثر السلبي:** حيث يدخن الفرد لتقليل مشاعر الضيق والخوف والخجل
- **التدخين كادمان:** حيث توجد عند المدخن حاجة لراحة نفسية مؤقتة تنتج عن تدخين السيجارة

4: 7: 5 دور النيكوتين في الادمان:

انطلقت النظريات التي تركز على دور النيكوتين في الادمان والاستمرار فيه من الاعتقاد بأن الناس يدخنون من اجل المحافظة على مستوى معين من النيكوتين في الفم. وحتى يتجنبوا الاثار الانسحابية التي تنشأ عندما يتوقفون عن التدخين. ومن الناحية الجوهرية، فان التدخين يعمل على تنظيم مستوى النيكوتين في الدم. ويتم القيام بسلوك التدخين عندما ينحرف مستوى النيكوتين في بلازما الدم عن المستويات المثالية.

الا ان الدراسات التي اجريت حول دور النيكوتين في الدم قد لاحظت عدم مصاحبة تغيير مستوى النيكوتين في الدم بتغير في سلوك المدخنين. بدرجة تكفي لتعوض التغييرات التي حدثت في مستوى النيكوتين. واكدت هذه الدراسات ان التدخين يتم استجابة للتغيرات البيئية السريعة.بفترة تسبق كثيرا تأثير هذه التغيرات. وان معدلات حدوث الانتكاس بين المدخنين تحدث بعد فترة طويلة من انخفاض مستوى النيكوتين في بلازما الدم الى الصفر.

وتحدثت نظرية بوميرلو وبوميرليو Pomerleau & Pomerleau's theory عن ان التدخين يعمل كمنظم عصبي وان النيكوتين قد يشكل طريقة تعمل على تنظيم الأداء والشعور لدى المدخن. وانه يتدخل في مستويات المنظمات العصبية النشطة. بما في الاستيلكولين Acetycholine والنورايبينفورين Norepinphrine ، والدوبامين Dopamine ، والمورفينات الذاتية Endogenous Opioids والفاسوبريسين Vasopressin وهو هرمون يسبب رفع ضغط الدم. وقد يستخدم النيكوتين من قبل المدخنين ليستحث عمل هذه المنظمات العصبية حيث اثبتت بعض الدراسات ان هذه المنظمات العصبية تساعد على تخفيف القلق والتوتر وتعمل على تحسين المزاج وتقوية الذاكرة. ويزيد من قدرة المدخن على التركيز والاسترجاع. ويزيد

من انتاجيتهم ويقظتهم وادائهم النفسي الحركي. ومن قابليتهم على استبعاد المثيرات الدخيلة (تايلور، 2008). واوضحت هذه الدراسات ان الافراد الذين يتوقفون عن التدخين تنخفض قدرتهم على التركيز ويزيد تشتت انتباههم وتتضرر ذاكرتهم ويزداد قلقهم وتوترهم وسرعة استثارتهم. ويتوقون للتدخين من جديد. واقترح علماء النفس الاجتماعي بأن التدخين يستمر بسبب التعلم الاجتماعي، وبسبب اقتران التدخين بالمكافأة التي تنتجها خبرة التدخين (Lefton & Brannon, 2003).

4: 7: 6 مضار التدخين:

للتدخين امراض عديدة سواء للشخص الذي يمارس التدخين او للمجتمع. وتشير الاحصاءات الطبية بأن 90% من اجمالي وفيات مرضى سرطان الرئة و25% من وفيات امراض القلب والاوعية الدموية و75% من اجمالي وفيات الالتهاب الشعبي المزمن كانت نتيجة التدخين.

ويسبب التدخين امراض الجهاز الهضمي والتنفسي وامراض الصدر والتهاب القصبات الهوائية والحلق. بالاضافة الى الاضرار التي تصيب السيدات الحوامل خاصة ما يرتبط منها بتشوهات الاجنة. فالنساء اكثر حساسية من الرجال للتأثيرات المؤلمة الناتجة من التدخين. وان فرصة الاضرار بالجنين اعلى بكثير عندما تكون الام الحامل مدخنة. وبينت الدراسات في هذا المجال ان احجام الاطفال حديثي الولادة وقاماتهم لامهات مدخنات اقل من المعدل بشكل واضح. وغالبا ما تتكر ولادة اطفال صغار وخدج لديهن.

وبالاضافة الى الاضرار النفسية والفسيولوجية للتدخين والاصابة بالعديد من امراض القلب والرئة والسرطان والتي اصبحت شائعة ومنتشرة بين افراد المجتمع. فان هناك اضرارا اقتصادية ناتجة عن الموت المبكر واصابة العديد من المدخنين بالامراض التي تستدعي الانفاق في مجال العناية الصحية ومعالجتها

4: 7: 7 التوقف عن التدخين:

يشكل التدخين واحدا من اكثر العادات الصحية اثارة للجدل. ومع ان اصحاب مصانع الدخان يدعون بان قرار الشخص بالتدخين يمثل خيارا واعيا ، وانه يدرك ما يفعل ويتحمل مسؤولية قراره بتطويره عادة التدخين. الا ان وجهة النظر هذه قد تعرضت لانتقادات السيكولوجين. خاصة وان غالبية الفئة التي تدخن من الناس هم من المراهقين اليافعين. فهل يمتلك هؤلاء معلومات دقيقة عن التدخين؟ وان شركات التبغ تستهدف بشكل منتظم في دعاياتها المصممة حول التدخين تلك الفئة من المجتمع. وانهم يزودون بمعلومات خاطئة حول التدخين.

وخلاصة القول ان لوسائل الاعلام دور مهم في تغيير الاتجاهات نحو التدخين من اقصى الايجابية الى اقصى السلبية. والتي يمكنها ان تدفع الكثير من المدخنين الى

التوقف عن التدخين. وقد وضع راثوس (Rathus, 1993) استراتيجية محددة للتوقف عن التدخين فعند وجود التصميم على التوقف عن التدخين فسوف يجد المدخن واصدقاؤه بعض الاقتراحات التالية مفيدة للتوقف عن التدخين:

- اعلم اهلك ، أصحابك بالتوقف – أعط التزاما عاما.
- فكر في أشياء معينة ستقولها لنفسك عندما تحس الحاجة للتدخين
- كيف ستكون أقوى، خال من الخوف من السرطان، مستعد لسباق الماراثون.... الخ.
- قل لنفسك ان الأيام الأولى هي الأصعب – بعدها أعراض التوقف تضعف تدريجيا.
- ذكر نفسك انك افضل من غير المقلعين عن التدخين
- ابدأ يومك عندما تصحو، متذكرا انك أمضيت 8 ساعات بدون نيكوتين.
- اذهب في رحلة إنهاء التدخين للابتعاد عن المواقف والأماكن التي كنت تدخن فيها.
- ارمي المناقض وامنع المدخنين من زيارتك لفترة ما
- لا تحمل أعواد الثقاب او تشعل سيجارة أناس آخرين
- اجلس في أقسام غير المدخنين في المطاعم والقطارات
- اشغل أيامك بالقراءة – أشياء لا تذكرك بالتدخين
- استعمل النعناع الخالي من السكر او العلكة كبديل للسجائر
- اشتري لنفسك هدايا بالأموال التي كنت تهدرها بالتدخين
- عد سجائرك لتبني لنفسك خط تدخين أساسي
- ضع أهدافا صلبة للتحكم بالتدخين كمثال، خطط لخفض خط التدخين الأساسي بنسبة 50%
- حدد تدريجيا المحيط الذي تسمح لنفسك بالتدخين فيه.
- انخرط بنشاطات حيث التدخين غير مسموح وغير عملي.
- حول الى نوع لا تحبه، احمل العلبة باليد غير المسيطرة فقط

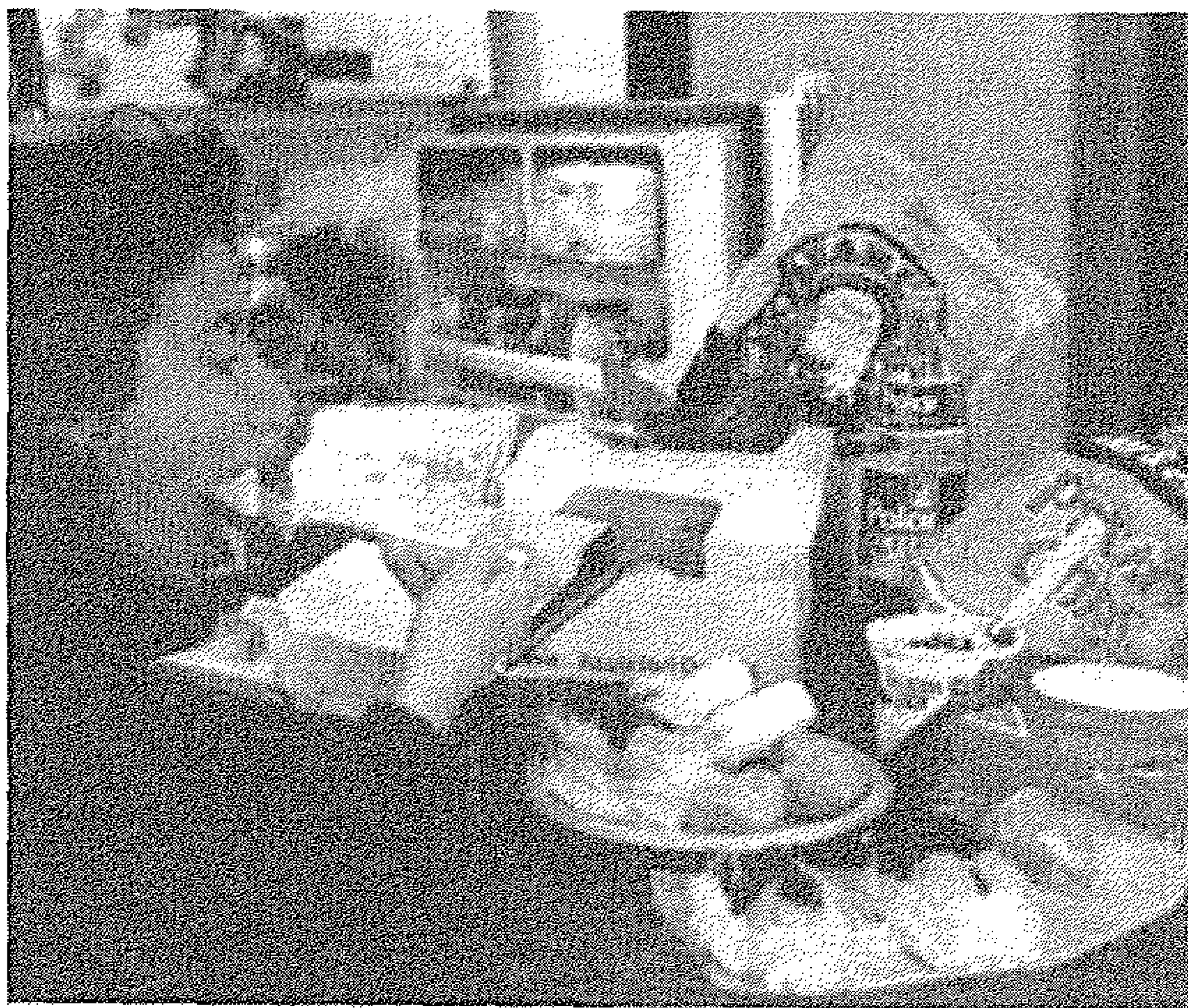
5: اضطرابات الاكل والنوم:

5: 1 اضطرابات الاكل Eating disorders:

يمكن تعريف اضطرابات الاكل بأنه اضطراب يثيره الخوف الشديد من السمنة واضطراب صورة الجسم ونقص ملحوظ في الوزن. ورفض المحافظة على وزن الجسم في الحدود الطبيعية وانقطاع الحيض عن الاناث دون سبب عضوي. ويعرف آخرون (عبد الموجود، 2001) اضطراب الاكل بوجود اتجاهات وسلوكيات مشوهة وراسخة نحو الاكل

والوزن والبدانة تتمثل في سوء استخدام للاكل يحدث بصورة قهرية بهدف تحقيق نوع من التوازن النفسي المرغوب. وهناك عرضان أساسيان لاضطرابات الاكل هما: فقدان الشهية العصبي او الانوركيسيا العصبية. وفرط الشهية العصبي أو البوليميا العصبية.

ويسعى الناس رجالا ونساءا لاتباع نظام تغذية متشدد حرصا منهم للحصول على مظهر جسدي يتسم بالكمال. وهم ينهمكون ببذل الجهود الحثيثة من اجل التخلص من الوزن عن طريق استخدام المواد المسببة للاسهال او التدخين او الاستخدام المزمن لحبوب الرجيم. ومثل هذه المحاولات تشكل خطرا فعليا يهدد صحة هؤلاء الافراد. حيث يعتقد الكثيرون منهم بأن النحافة تعد مظهرا يعبر عن توافر الصحة الجيدة . ومثل هذا الاعتقاد يمكن ان يتدخل فيما يمكن اتباعه من نمط الحياة الصحي . وتسلط فكرة ضبط الوزن وتزامنها مع ارتفاع معدلات السمنة دفعت الكثير من الناس لاتباع نظام الحمية. ففي دراسة مثيرة لسنترسفور وزملاؤه (Center for, womens health, 2005) اوضحت ان 78% من افراد عينة الدراسة من النساء و64% من الرجال يسعون الى التخلص من الوزن وعدم اكتساب وزن اضافي لاجسامهم.



ومع انتشار اضطرابات الاكل بين الناس والسعي نحو المزيد من النحافة لهم فان ذلك يعبر عن مشكلة اجتماعية متنامية. ويشكل تهديدا لصحة العديد منهم. وقد شهدت السنوات الاخيرة تزايدا واضحا في انتشار حالات اضطراب الاكل بين المراهقين من كلا الجنسين في المجتمع. وغالبا ما يتبع الرياضيون الحمية في تغذيتهم ليتمكنوا من مواجهة الاحداث. بالرغم من معظم الدراسات التي اجريت في هذا الجانب بان الانتقال الدوري بين زيادة الوزن وفقدانه قد يؤدي الى نتائج سلبية على الصحة. كانخفاض معدل الايض الذي يمكن ان يؤدي بدوره الى ظهور نزعة عامة لاكتساب الوزن والى تغيير في توزيع الدهون وظهور اسباب تهدد بخطر الاصابة بأمراض القلب والشرايين التاجية.

5: 1 :1 فقدان الشهية العصبي او الانوركيسيا العصبية Anorrexia Nervosa:

يمثل فقدان الشهية العصبي حالة من الاضطراب القهري لتجويع الذات Self-Starvation اذ يقوم الشخص بممارسة الرياضة ويتبع نظام حمية الى الحد الذي يهبط فيه وزنه الى الحد الاقصى. مما يهدد صحته ويسبب موته. واغلب الذين يعانون من اضطراب

الاكل هم من المراهقات الاناث من ذوي الطبقات العالية. وهو عدم انتظام تناول الطعام عند الشخص ويظهر دائما في شكل جوع . كما ينتشر هذا الاضطراب بكثافة عند المراهقات خاصة في مرحلة سن البلوغ. وان المصابين بفقدان الشهية العصبي ينقص وزنهم تدريجيا مما ينتج عن ذلك افراز هرمونات تؤدي الى انخفاض درجة حرارة الجسم وانخفاض سرعة ضربات القلب وكذلك انخفاض المناعة وتوقف الدورة الشهرية عند الاناث.

ويعد فقدان الشهية العصبي Anorexia والشره العصبي Bulimia اكثر اضطرابات الاكل انتشارا بين الناس وخاصة النساء اللاتي يظهر لديهن هذه الاضطرابات بشكل كبير وقد أورد كل من ويلسون وبايك Wilson & Pike المشار اليها في (بارلو، 2002) بأن هناك ثلاث خصائص تحدد فقدان الشهية العصبي هي:

- وجود انخفاض غير طبيعي في الوزن بنسبة 15% عن المتوقع.
- تخص النساء اللاتي يظهر لديهن هذا النوع من الاضطراب بشكل كبير. والتي تتمثل في غياب ثلاث دورات شهرية متتالية.
- حدوث اضطراب في الخبرة الخاصة بوزن او شكل الجسم. مثل نكران انخفاض الوزن بصورة غير سوية او التأثير غير المبرر لوزن وشكل الجسم على التقييم الذاتي.

كما يتميز هذا الاضطراب بنقص في وزن الجسم الناتج عن التقليل المتعمد في استهلاك الطعام والخوف من البدانة وفرط النشاط وتشوه صورة الجسم واضطراب الحيض والوزن واتباع نظام غذائي صارم بالرفض اللاشعوري للاكل والاقلاع عن الطعام (محمد، 1998).

واشار فايد (2001) الى ان اضطراب فقدان الشهية العصبي يتسم برفض الطعام وليس فقدان الشهية ومقاومته بكل الطرق بالرغم من جميع التسهيلات واحيانا بأخذ مسهلات او بوضع الاصبع في الفم لارجاع الطعام. او عمل مجهود جسمي ورياضي يفوق القدرة العادية او استعمال الادوية لانقاص الوزن، وتوقف الطمث، وفقدان الوزن الواضح لدرجة الهزال، وجفاف الجلد ورقته واصابة الاطراف بالبرودة وبعض الزرقة مع الامساك الشديد

5: 1: 2 تطور فقدان الشهية العصبي Developing anoexia nervosa:

اشار الباحثون الى عدد من العوامل التي ادت الى تطور فقدان الشهية العصبي. فقد ربط بعض الباحثين فقدان الشهية العصبي بحدوث توقف في الدورة الشهرية Amenorrhea للمرأة والتي غالبا ما تسبق فقدان الوزن. وان الاناث اللواتي يعانين من فقدان الشهية العصبي وجود نوع من الاستيرويدات العصبية المنشطة التي تعمل على تنظيم سلوك الاكل والمزاج لدى الكائن. وبين الباحثون كذلك وجود ارتباط بين

فقدان الشهية العصبي وبين تناذر تيرنر Turner's Syndrome وهي حالة من الاضطراب تحدث لدى الاناث بسبب نقصان الكروموسوم الجنسي الثاني. وقد يكون للاضطراب في وظيفة الهيبوثلاموس علاقة بحدوث فقدان الشهية العصبي. وبين الاطباء بأن النساء اللواتي يعانين من اضطرابات الاكل واللواتي لديهن الاستعداد للاصابة باضطرابات الاكل يعانين من ارتفاع في ضغط الدم. وازدياد في معدل نشاط القلب وارتفاع في مستوى الكورتيزول بالبول استجابة للضغط. ويفسر الاطباء هذه الحالات بأن لدى هؤلاء النسوة ميل مزمن للمبالغة في الاستجابة للخبرات الضاغطة. وهن اكثر ميلا للاكتئاب والقلق وتدني في مستوى تقدير الذات. مع ضعف الاحساس بقدرتهن على الضبط.

5: 1: 2 معايير تشخيص فقدان الشهية العصبي:

حدد الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للأمراض النفسية والعقلية (DSM IV; APA) معايير **فقدان الشهية العصبي** بأنهم الافراد الممتنعون Restrictors أو الافراد الذين اما ينخرطون في حفلات الأكل او يتقيئون وهؤلاء يتميزون بما يلي:

- يقل وزنهم عن المعدل الطبيعي مقارنة بالعمر ويقل طولهم كذلك بحوالي 15% من الطول الطبيعي للعاديين في مثل سنهم. ومع ان المراهق يكون في مرحلة النمو الا انه يخسر الكثير من وزنه ويفشل بالمقابل في زيادة وزنه.
- خوف شديد من زيادة الوزن او الوصول الى السمنة حتى وان كان الوزن أقل من الوزن الطبيعي.
- حدوث اضطراب بسبب التقدير الذاتي لوزن الجسم او شكله او انكار خطورة الوزن الحالي لوزن الجسم.
- انقطاع الطمث لدى النساء في سن الطمث (سن ما قبل الانقطاع البيولوجي للطمث) او غياب ثلاث دورات طمث متتالية
- اولئك الذين ينخرطون سواء في الافراد في الاكل والشرب او التقيؤ

5: 1: 3 فرط الشهية العصبي أو البوليميا العصبية:

يعرف فرط الشره العصبي او البوليميا العصبية بأنه تناول غير منظم وقهري وسريع لكميات كبيرة من الاكل في فترة قصيرة من الوقت. مع الشعور ببعض آلام بالبطن والاحساس باغثيان. وما يصاحب ذلك من احساس بالذنب والشعور بالقلق والاكتئاب واحتقار الذات. وهو من اضطرابات الاكل التي تتسم بالتقارب ما بين القيام بالأكل بنهم والتخلص منه عن طريق تكنيكات مثل التقيؤ، واساءة استخدام الملينات والحمية القاسية والصيام واساءة استخدام الادوية والكحول.

وتشير بعض الدراسات الى حالة الكثير من الاشخاص الذين يكررون الاكل بنهم عندما يكونون وحيدين. او يكونون قد تعرضوا لحالة انفعالية سلبية ناجمة عن خبرات ضاغطة (Telch & Agras, 1996). حيث يبدأ الشخص الذي يخضع لنظام الحمية (الرجيم) بالأكل دون ان يتمكن من التوقف. او السيطرة على سلوكه. وان حوالي نصف الاشخاص الذين يشخص لديهم اضطراب فقدان الشهية العصبي يعانون ايضا من الشره المرضي. رغم ان الاشخاص الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي يعانون من النحف. وان اوزان الذين يعانون من الشره المرضي تكون عادية او اعلى من المعدل الطبيعي. ويفسر الباحثون مرحلة النهم في الاكل على انها رد فعل على فقدان الجسم القدرة على ضبط الوزن والمحافظة عليه. في حين فسرت مرحلة التخلص من الطعام على انها نوع من الجهد الذي يوجه لكي يسترد الجسم القدرة على ضبط وزنه.

ويرى الباحثون بأن الطعام قد يحتل مركزا رئيسا في تفكير الشخص. وان الامتناع عن تناول الطعام يضع الاساس لمرحلة النهم في تناول الطعام ويتحول المصدر الموجه للتحكم في سلوك الاكل من الاحساسات الداخلية الى قرارات تتخذ حول متى وماذا يجب ان يؤكل. وقد اطلق الباحثون على هذه الحالة بالنسق التنظيمي المستند الى اسس معرفية. Cognitively based regulatory system وان هذا النسق يمكن ان يتعطل بسهولة بسبب الضغط او عندما يكون لدى الشخص الذي يتبع نظام الحمية قابلية للاقبال على الاكل بنهم (تايلر، 2008).

وبين الباحثون كذلك ان حدوث اضطراب الشره العصبي يتضمن مجموعة من العوامل الفسيولوجية المتمثلة في حدوث كل من اضطراب هرموني، واضطراب في وظائف الهيبوثلاموس، وتحسس من الاطعمة، واضطرابات في استجابات تذوق الاطعمة، وفي نظام تسكين الالم المستند الى الافيونات الذاتية، واضطرابات عصبية، وخليط من هذه الاعراض.

5: 1: 4 معايير تشخيص الشره العصبي:

وقد حدد الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للأمراض النفسية والعقلية (DSM IV; APA) **الشره العصبي** بثلاث خصائص اكلينيكية رئيسية هي:

- الافراط في الاكل والشرب (الاكل بشكل كبير ودون تحكم).
- الرجوع المنتظم لطرق مصممة للتأثير على الوزن والشكل. مثل القيء (التقيؤ عن عمد أو سوء استعمال الملينات)، او الصوم عن الاكل او الممارسة المتطرفة للرياضة
- التقييم الذاتي: الذي يتأثر بشكل غير مبرر بشكل ووزن الجسم.

ووضع الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للأمراض النفسية والعقلية (DSM IV; APA): معايير التشخيص المقترحة للشره العصبي بالآتي:

أ – نوبات تظهر بين الحين والاخر من الافراد في الاكل والشرب (حفلات اغتراف الطعام) وتتصف بالأكل في فترات غير مترابطة من الوقت (خلال اي ساعتين

مثلا). وتناول كمية من الاكل. والشعور بفقدان السيطرة على التحكم بالأكل خلال نوبة الاكل كشعور الشخص بعدم قدرته على التوقف عن الاكل او التحكم بأكله او كمية ما يأكله.

ب – ظهور سلوك تعويضي غير مناسب بغرض منع زيادة الوزن كالتقيؤ المتعمد، او سوء استعمال الملينات، او استعمال الادوية المدرة للبول وغيرها من الادوية أو الصوم ، او الاكثار من مزاولة التمارين الرياضية.

ج – تظهر كلا من حفلات اغتراب الطعام والسلوك التعويضي غير المناسب بمتوسط يبلغ مرتين في الاسبوع على الاقل ولمدة ثلاثة أشهر.

د - التقييم الذاتي يتأثر بشكل كبير غير مبرر بشكل ووزن الجسم

هـ - لا يظهر الاضطراب بشكل خاص خلال نوبات فقدان الشهية العصبي

5: 1: 5 تحديد النمط:

- **نمط القيء:** يزاول الفرد وبشكل منتظم التقيؤ المتعمد او سوء استعمال الملينات او الادوية المدرة للبول.
- **نمط دون قيء:** يزاول الشخص انواعا أخرى من السلوكيات التعويضية كالصيام او الاكثار من ممارسة التمارين الرياضية. ولكنه لا يزاول التقيؤ المتعمد أو يسيء استعمال الملينات او الادوية المدرة للبول.

5: 2 اضطرابات الاكل وصورة الجسم:



لقد زاد اهتمام الناس في عصرنا الحاضر بموضوع اضطرابات الاكل خصوصا لدى المراهقات ولدى النساء في مقتبل العمر. وقد استرعت ظاهرة اضطرابات الاكل اهتمام العديد من الباحثين في تحديد العوامل التي تتنبأ بها. لما لها من اثار نفسية واجتماعية سيئة (Tiggenmanne, 2001). ذلك ان الاعتقاد السائد في الماضي بأن اضطرابات الاكل هي مشكلة ترتبط بالثقافات الغربية ضمن اهتماماتهم بجاذبية المرأة وتغير دورها هناك. الا ان هذا الاعتقاد أخذ ينتقل الى المجتمعات العربية نتيجة تأثير وسائل الاعلام المتزايد وابراز اهمية النحافة عند المرأة في المجتمع . مما احدث اعدادا

متزايدا من المرضى الذين يعانون من اضطرابات الاكل في المجتمعات العربية في عضرنا الحاضر (Shuriquie & Abdulhamid, 2005).

الا ان هناك اسابا عديدة تدعو الى اضطراب الاكل فالعنصر الوراثي وكذلك بعض العوامل البيئية التي ترتبط بشكل مباشر او غير مباشر باضطرابات الاكل. وان مرحلة الوصول الى البلوغ الجنسي تمثل احد العوامل الهامة في ظهور هذه الاضطرابات. وذلك بسبب ارتباط الوصول الى مرحلة البلوغ الجتسي بزيادة وزن الجسم. وان خبرات الطفولة التي تشتمل على ادمان افراد الاسرة او غياب احد الوالدين او كليهما او العيش مع افراد يعانون من اضطراب الاكل. او المرور بخبرات من الاساءة الجسمية او الجنسية.

وتشير الدراسات كذلك الى اسهام عوامل أخرى مثل اضطرابات المرض المزمن والاكتئاب والنزاعات العائلية وفقدان شخص عزيز في تطور اضطراب الاكل. ويرى ابراهام (Abraham, 2003) ان من اهم الاسباب والعوامل في تطور اضطراب الاكل عند المراهقات هو عدم الرضا عن صورة الجسم نتيجة زيادة الوزن وتغير شكل الجسم في مرحلة المراهقة. وان 90% منهن يعانين من اضطرابات الاكل(Killian, 1994). حيث ترتفع اضطرابات شره الاكل في هذه المرحلة من العمر . ويرى دوت وتيجمان (Dohnt & Tiggemanne, 2006) ان النماذج الاجتماعية والثقافية للمجتمع هي السبب المنطقي وراء تطور عدم الرضا عن صورة الجسم واتباع سلوك الحمية الغذائية لدى الفتيات المراهقات. وان معايير الجمال الاجتماعية للمرأة يعزز هذاالتوجه. بحيث تنتقل هذه المعايير بشكل اساسي من قبل الاباء والاقران ووسائل الاعلام السمعية والمرئية. ويؤكد الباحثون على اهمية دور الاقران ووسائل الاعلام وفاعليتها في تطوير اضطرابات الاكل لدى هذه الفئة من المجتمع.

وبالرغم من تفاوت العوامل المؤدية الى حدوث اضطرابات الاكل وتباينها بين الناس الا ان الاشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب لا يستطيعون السيطرة على سلوك الاكل لديهم. في محاولة منهم للتعويض عن المشاعر والانفعالات الشديدة التي تنتابهم. فقد يبدأ بعضهم بالحمية او الشراهة او افراغ المعدة كوسيلة للتخلص من تلك المشاعر والانفعالات المؤلمة مما تنعكس سلبا على الصحة النفسية والجسمية للشخص. وتؤدي به الى تدنى مستوى تقدير الذات لديه(Tiggenmanne, 2001).

5: 2: 1 العلاج الدوائي لاضطرابات الاكل:

أولا: العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات الاكل:

ثانيا: نظام الحمية:

5: 3 اضطراب السمنة:

تعتبر السمنة مشكلة رئيسية بالنسبة للافراد المتأثرين بها فهي تنطوي على عوامل تعرض جوهرية للامراض الخطيرة ذلك ان زيادة الوزن لدى الافراد تعني زيادة مخاطر تعرضهم لضغط الدم والسكر وامراض القلب وبعض انواع السرطان. وتوضح الدراسات التي

اجريت على اضطراب السمنة ان الشخص الذي يزداد وزنه من 20 – 30% او اكثر ينتمي للمجموعات الهشة (الاكثر تعرضا للمرض). ويرى الباحثون بأن توزيع الدهون في الجزء الاعلى من الجسم وخاصة الدهون المخزنة في التجويف البطني الداخلي تنطوي على عوامل خطورة اكبرمن الدهون المخزونة في الجزء الاسفل من الجسم (بارلو، 2002).

5: 3: 1 أهمية نظام تغذية صحي للفرد:

يقوم العديد من الأفراد بتطوير نظم تغذية صحي والتحكم بالسمنة Obesity مما يسبب للعديد منهم التعرض اكثير من المخاطر الرئيسة المسببة للموت. وتقوم بدور جوهري يساهم في التعرض للكثير من الامراض. ويقدر الخبراء ان التغذية التي لا تراعي القواعد الصحية مسؤولة عن الكثير من حالات الوفاة التي تحدث كل عام جراء هذا النظام. ويشكل تغيير نظام التغذية عاملا مهما بالنسبة للاشخاص المصابين او المعرضين لخطر الاصابة بأمراض القلب والشرايين وضغط الدم والسكري والسرطان.

وتؤكد الدراسات العديدة التي أجريت في مجال نظام التغذية الصحي وجود علاقة بتطور العديد من الامراض. ووجود ارتباط بين الغذاء ومستوى الكولسترول الكلي في الدم. ويعد البروتين الدهني المنخفض الكثافة من اكثر الامور المعروفة على وجه التحديد.

وتعد التغذية ومستوى الكولسترول الكلي في بلازماالدم ومستوى البروتين الدهني المنخفض الكثافة من العوامل المهددة بخطر التعرض لأمراض القلب والشرايين التاجية. وفرط ضغط الدم . ولا بد ازاء ذلك ان توجه الجهود لتعديل هذه الامور. فالملح على سبيل المثال من العوامل التي تبين ان لها علاقة بفرط ضغط الدم وبامراض القلب. وقد يكون الغذاء سببا مفاجئا لحدوث الموت الفجائي للشخص. ذلك ان مخاطر حدوث التخثر الشرياني ربما تزداد بعد تناول وجبة غذاء غنية بالدهون. وبينت الدراسات كذلك بأن نظام التغذية له علاقة بتطور انواع عديدة من السرطانات. كسرطان الثدي وسرطان القولون والمعدة والبنكرياس . وان دور التغذية في الاصابة بمرض السرطان يزيد عن 40% . وتشكل التغذية السيئة كذلك مصدر اشكال اذا ما تزامنت مع وجود عوامل تهديد أخرى. فالضغط مثلا قد يزيد من نسبة الدهون في الجسم. وان مستويات الدهون قد تؤثر في الوظائف العقلية. اما التغذية السليمة الغنية بالالياف فتساعد على تحسن الصحة وتقي الشخص من السمنة. وامراض القلب والشرايين التاجية. من خلال خفض مستوى الانسولين. كما قد يساعد على خفض مستوى الكولسترول. مما يساعد بدوره على تقليل خطر التعرض لتصلب الشرايين. واكدت الدراسات (Taubes, 2001) على ان تخفيض مستوى الكولسترول من خلال اجراءات التدخل سواء بنظام تغذية محدد غير مشبع بالدهون والكولسترول، او بتناول الادوية يقود الى الاقلال من التعرض للامراض والموت المتسبب عن الاصابة بأمراض القلب.

وايد تاوبس (Taubes, 2001) وجود مؤشرات تبين ان الناس يقومون بالتعويض عن نقص الدهون في الاغذية التي يتناولنها من خلال تناول اغذية أخرى . فالاغذية التي تحوي كمية متدنية من الدهون تخفف من السمنة.

أولا: التدخل لتعديل نظام التغذية:

تبذل جهود حثيثة لتعديل نظام التغذية عند الافراد استجابة لمشكلة صحية ما او خوفا من التعرض لمخاطر صحية معينة . وغالبا من يتدخل الاطباء والممرضون واختصاصيوا التغذية وغيرهم من الخبراء من اجل مساعدة المرضى للحد من مخاطر صحية معينة تتعلق بالتغذية. كما يحدث مثلا في حالة الاصابة بالسكري. وامراض القلب والشرايين التاجية وفرط ضغط الدم. ويؤيد الباحثون في هذا الصدد الى ضرورة ان تبدأ جهود تغيير نظام الحمية بالتثقيف والتدريب للقيام بالممارسة الذاتية. نظرا لان العديد من الناس الذين يتدخلون بنظام تغذيتهم لا يدركون اهمية الدور الذي تحتله مواد غذائية معينة. ومقدار ما يحتويه غذاؤهم من هذه المواد. ومن ثم توظيف استراتيجيات تدخل تختلف باختلاف المرحلة التي بها الفرد. والتركيز على زيادة تناول الفواكه والخضار. ويمكن ان تبدأ اجراءات التدخل من خلال الاسرة بحيث تسعى الى تغيير العادات الغذائية لدى افرادها الاكثر عرضة لخطر الاصابة بأمراض القلب بحيث يصبح التزام الشخص المستهدف بالتغيير اكثر سهولة.

ووفق اجراءات التدخل الموجهة من خلال الاسرة تلتقي الاسرة في العادة مع مرشد غذائي لمناقشة الحاجة الى تغيير نظام التغذية والطرق التي يمكن اتباعها لتحقيق ذلك. وقد يتم تغيير نظام التغذية بمشاركة افراد الاسرة نفسها ومشاركتهم في المقترحات والمشكلات التي يواجهونها عند اجراء التغيير في نظام تغذية العائلة. وقد تتضمن النشاطات الاجتماعية او المواد الغذائية التي يتم توفيرها في البيت والوصفات الغذائية وطرق تحضير الطعام والاستفادة من النشرا ت الاعلامية المطبوعة والرسائل الاخبارية ونشرات الوصفات الغذائية ودليل المستهلك للتعريف بمصادر الغذاء الصحي

ثانيا: تنظيم تناول الطعام:

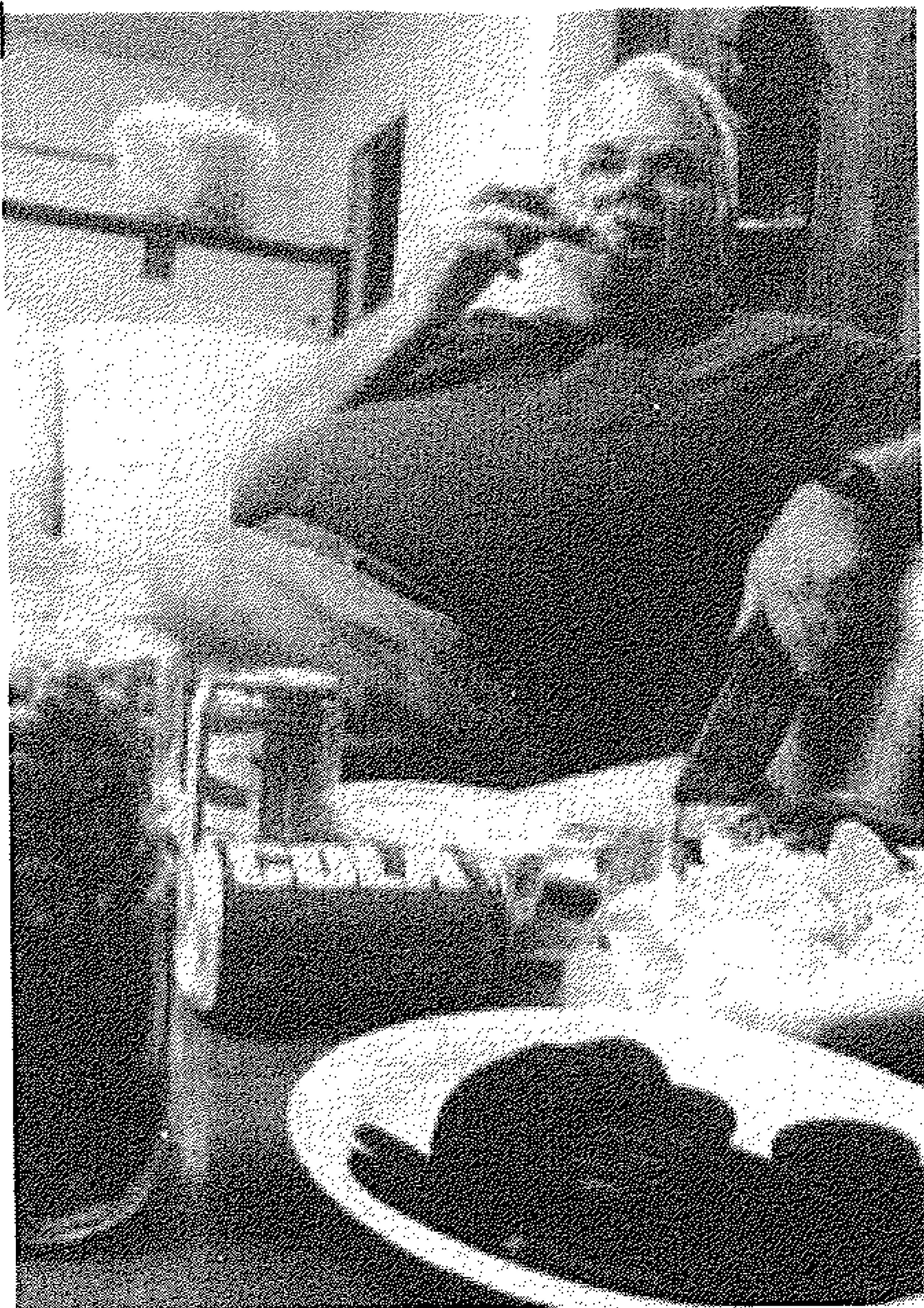
يتم تنظيم الاكل من خلال عمليات بيوكيميائية عدة كالامينات الاحادية Monoamines والناقلات العصبية (Schwartz, 2003) ومن خلال الاجهزة الحساسة في الجسم لتنظيم تناول الطعام وقد سمى العلماء حاسة التذوق عن الفرد بالبوابة الكيميائية للتحكم بالاكل. ويتحدث العلماء ان من عوامل ضبط الوزن المهمة بروتين الليبتين Protein leptin الذي تفرزه الخلايا الدهنية. وان هذا البروتين يقوم باعطاء اشارات للهيبوثلاموس للدلالة فيما اذا كان هناك مخزون كاف من الطاقة او اذا كان الجسم بحاجة الى مزيد منها. وتقوم الخلايا المسؤولة عن تنظيم سلوك الاكل في الدماغ بالاستجابة للاشارات المرسلة من الهيبوثلاموس لزيادة الشهية للطعام او تقليلها. ويقوم الليبتين بكف عمل النيورونات التي تستثير الشهية للطعام. وينشط تلك التي تعطل الشهية للاكل. (تايلور، 2008).

5: 3: 2 مخاطر السمنة:

من العوامل التي تهدد بخطر التعرض للاصابة باضطرابات عدة سواء كان ذلك من خلال ما تحدثه من تأثيرات مباشرة او من خلال تأثيراتها في حدوث عوامل اخرى تهدد بخطر التعرض لاضطرابات فرط ضغط الدم وزيادة مستوى الكولسترول في البلازما هي السمنة Obessity . ويشير اللباحثون ان السمنة هذه مسؤولة عن 300000 حالة وفاة سنويا. وان السمنة ترتبط بتصلب الشرايين Atherosclerosis وفرط ضغط الدم Hypertension والسكري وبعض انواع السرطان وامراض المرارة والشرايين وقد تحدث خطرا اثناء اجراء العمليات الجراحية وفي حالات التخدير والحمل. وقد بينت دراسة مانسون ورفاقه (Manson, et al, 1990) بأن النساء اللواتي تزيد اوزانهن زيادة خفيفة عن المعدل الطبيعي هن اكثر عرضة لمخاطر تطوير امراض القلب والسكتة القلبية من النساء اللواتي تقل اوزانهن عن المعدل الطبيعي. .

أولا: العوامل المرتبطة بالسمنة:

خلال الخمسينات من القرن الماضي حدثت تغيرات تاريخية جوهرية في تصور الناس وفهمهم للسمنة. ففي تلك الحقبة من الزمن كانت السمنة تعتبر مشكلة نفسية. وبسبب سيادة المفاهيم الفرويدية في مجالي علم النفس والطب النفسي في ذلك الوقت. كان الاعتقاد السائد بأن السمنة تعكس اضطرابا كامنا في الشخصية. وهي الصراعات التي يتم التعبير عنها بالافراط في الاكل. وفي الستينات من القرن الماضي دخل السلوكيون ليعبروا عن ان السمنة ما هي الا نتيجة لعادات غير تكيفية (سيئة) في الاكل. وفي الثمانينات من نفس القرن اعتبر البيولوجيون ان لعوامل الوراثة دور في حدوث مرض السمنة وعملية البناء والهدم (الأيض) وعلم الحياة بصفة عامة هي السائدة. فقد وجد الباحثون اسهاما وراثيا واضحا في السمنة وانه يمكن استخدام الطاقة للتنبؤ بزيادة الوزن بطريقة مستقبلية.



وقد اشارت الدراسات التي اجريت حول السمنة. ان حدوث السمنة يتوقف على عدد الخلايا الدهنية في جسم الشخص وحجمها. وان عدد الخلايا الدهنية لدى الاشخاص الذي يتصفون بالسمنة تكون كبيرة وتكون كبيرة جدا لدى الاشخاص الذين يتصفون بسمنة

مفرطة. وقد بين العلماء ان عدد الخلايا الدهنية وحجمها تتطور في الطفولة المبكرة التي تشكل نقطة انطلاق لتطور القابلية للسمنة. خاصة في السنوات الاولى من حياة الفرد. اما بسبب عوامل وراثية او بسبب عادات الغذاء في المراحل العمرية المبكرة. وكلما كان عدد الخلايا الدهنية كبيرا كلما ساعد ذلك على تخزين الدهون في الجسم وحدثت السمنة. واوضح العلماء كذلك ان العادات السيئة للتغذية في مرحلتي المراهقة والرشد تكون اكثر احتمالا للتأثير في حجم الخلايا الدهنية ولكنها لا تؤثر في عددها.

5: 4 الضغط والاكل:

اوضحت دراسات كل من ويلينبرج وزملاؤه (Willenberg, Levine & Morley, 1986) تأثير الضغط في سلوك الاكل بطرق مختلفة عند مختلف الافراد. وان نصف الافراد تقريبا يتناولون كميات كبيرة من الطعام عندما يتعرضون للضغط وان النصف الاخرون يأكلون كميات اقل عند تعرضهم للضغط. وان التعرض للضغط والقلق يمكن ان يقود الى فقدان الافراد الذين يتبعون الحمية الى الضبط الذاتي الذي يساعد في العادة على حماية الفرد من تناول الطعام. وتحدث ويلينبرج وزملاؤه بأن التعرض للضغط يؤثر في نوعية الطعام الذي يتم تناوله . فالافراد الذين يستهلكون كميات اكبر من الاطعمة المالحة والاغذية التي تحمل سعرات قليلة مع انهم لا يكونون تحت تأثير الضغط. يفضلون تناول اطعمة تتميز بسعرات مرتفعة. وان الذين يستجيبون للضغط بتناول الطعام يميلون لاختيار اطعمة تحتوي على كمية اكبر من الماء مما يجعلها تحتاج الى مضغ اكثر.

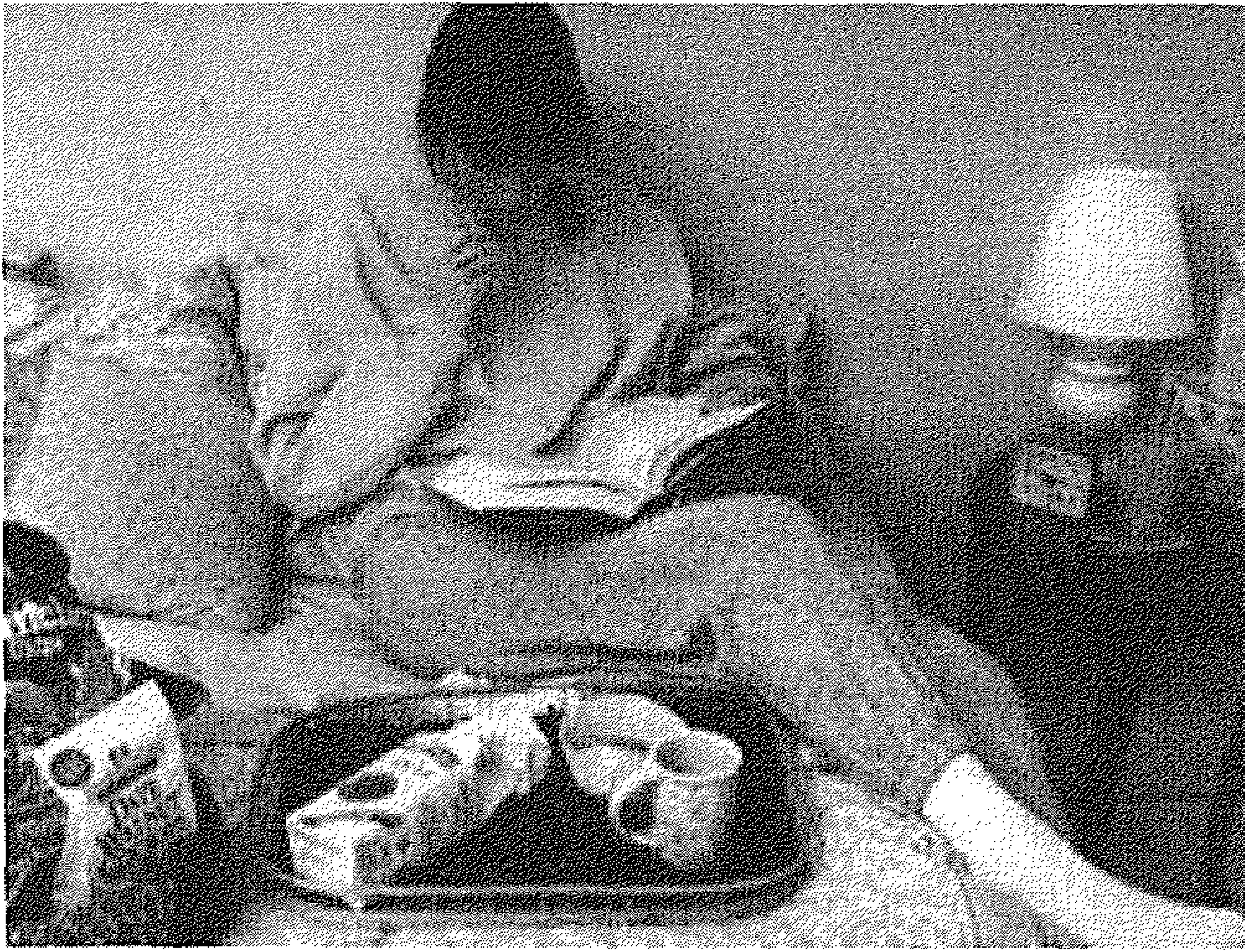
وبالاضافة الى الضغط، فان القلق والاكتئاب يؤديان ايضا الى زيادة تناول الاطعمة لدى الاشخاص الذين يستجيبون للضغط بتناول الطعام. وقد بينت الدراسات ان الاشخاص الذين يلجأون للاكل استجابة للضغوط يتعرضون الى التقلب ما بين خبرات القلق والاكتئاب اكثر من الاشخاص الذين يأكلون استجابة للضغط. وان الاشخاص الذين يفوق وزنهم المعدل الطبيعي يتقلبون بين خبرات القلق والعدوان والاكتئاب اكثر من الاشخاص العاديين. وان الذين يستجيبون للانفعالات السلبية عن طريق تناول الاكل هم اكثر ميلا لتناول الحلويات (Olivo, 2002).

5: 5 اضطرابات النوم:

النوم كان دائما موضوعا مذهلا فنحن نقضي تقريبا معظم حياتنا نائمين. ومعظمنا يشتكي من عدم النوم على الأقل 6 ساعات أو ما شابه لكن بعض الناس ينامون ساعة او اقل يوميا وتكون حياتهم على العكس صحية وطبيعية واقل عرضة للمرض (عكاشة، 2003). فلماذا ننام؟ لماذا نحلم؟ ولماذا يجد بعضنا صعوبة بالنوم؟ ماذا نستطيع فعله حيال ذلك؟ لا نملك جميع الأجوبة لهذه الأسئلة لكننا تعلمنا الكثير.

والنوم حالة من التوقف الحسي والحركي مع البيئة التي يعيش فيها الانسلن. وهي عملية تتكرر كل يوم. ولكنها لا تسير على ايقاع واحد. أما اضطرابات النوم فهو حالة من انعدام الفعالية في النوم أو السبات. تقترن عادة بفقدان الوعي المؤقت. وانخفاض مستوى الشعور بالمؤثرات المحيطة. وهناك فرق بين فقدان الوعي نتيجة تناول المخدر أو المرض وبين النوم الاعتيادي الطبيعي. الذي يتميز بسهولة عودة النائم الى مستوى اليقظة بمجرد إفاقته من نومه أو إيقاظه. (بشناق، 2001)

وتتراوح ساعات النوم الطبيعية بين 4 – 10 ساعات يوميا. وأن الانسان يقضي ما بين 30 – 40 سنة من عمره في النوم. وحتى وقتنا الحاضر لا يعرف العلماء لماذا ننام بالرغم من أن بعض هؤلاء العلماء قد ذهب الى القول اننا ننام حينما نتعب وان النوم بحد ذاته يعيد لنا الحيوية والنشاط. ولو راقبنا انفسنا فترة من الزمن. فاننا نجد انفسنا ننظم فترات نومنا ويقظتنا واوقات طعامنا وكأننا نعيش في كون تنظمه ايقاعات محددة ترتبط بايقاعات نومنا ويقظتنا. فتغيرات حرارة الجسم وضغط الدم وحجم البلازما وافرازات الهرمونات والعمليات الحيوية وعمليات الايض داخل اجسامنا تحدد حالات نومنا عند انخفاض معدل عملياتها. ونستيقظ عند ارتفاع معدل تلك العمليات. (Rathus, 1993)



وفي النوم يتاح لأدمغتنا الراحة والهروب من ضغوط العمل اليومية لكن جهاز (EEG) اثبت ان الدماغ فعال طوال الليل. خصوصا خلال فترة النوم ولا يتوقف عن العمل في الليل. واكد العلماء ان هناك مركزا يتحكم في مرحلة اليقظة وهو التكوين الشبكي الذي يحفظ الشخص حتى يكون مستيقظا. فاذا توقف عمل هذا الجهاز يبدأ الشخص بالاسترخاء والنعاس. وفي حالة النوم تطرأ علينا تغيرات عدة. فنكبت ادراكاتنا واحاسيسنا وردود افعالنا للمثيرات. وتسترخي جميع عضلات الجسم ابتداء من عضلة الرقبة فيما عدا عضلة حدقة العين ونلاحظ هدوءا وبطأ في دقات القلب وضغط الدم لكنه يزداد في حالة الكوابيس وعند شعورنا بالضيق. ويقل نشاط عدد من غدد الوجه مما يسبب جفاف الحلق وحرقان العين. ويضعف الجهاز العصبي اذا قل النوم.

5: 5: 1 فسيولوجيا النوم:

تحدث العلماء عن ان هناك مركزا يتحكم في مرحلة اليقظة وهو التكوين الشبكي. الذي يحفظ الشخص حتى يبقى مستيقظا. فاذا توقف عمل هذا الجهاز فان الشخص يبدأ في الاسترخاء والنعاس. فالنوم من وجهة نظرهم يعادل حالة الكف للتكوين الشبكي.

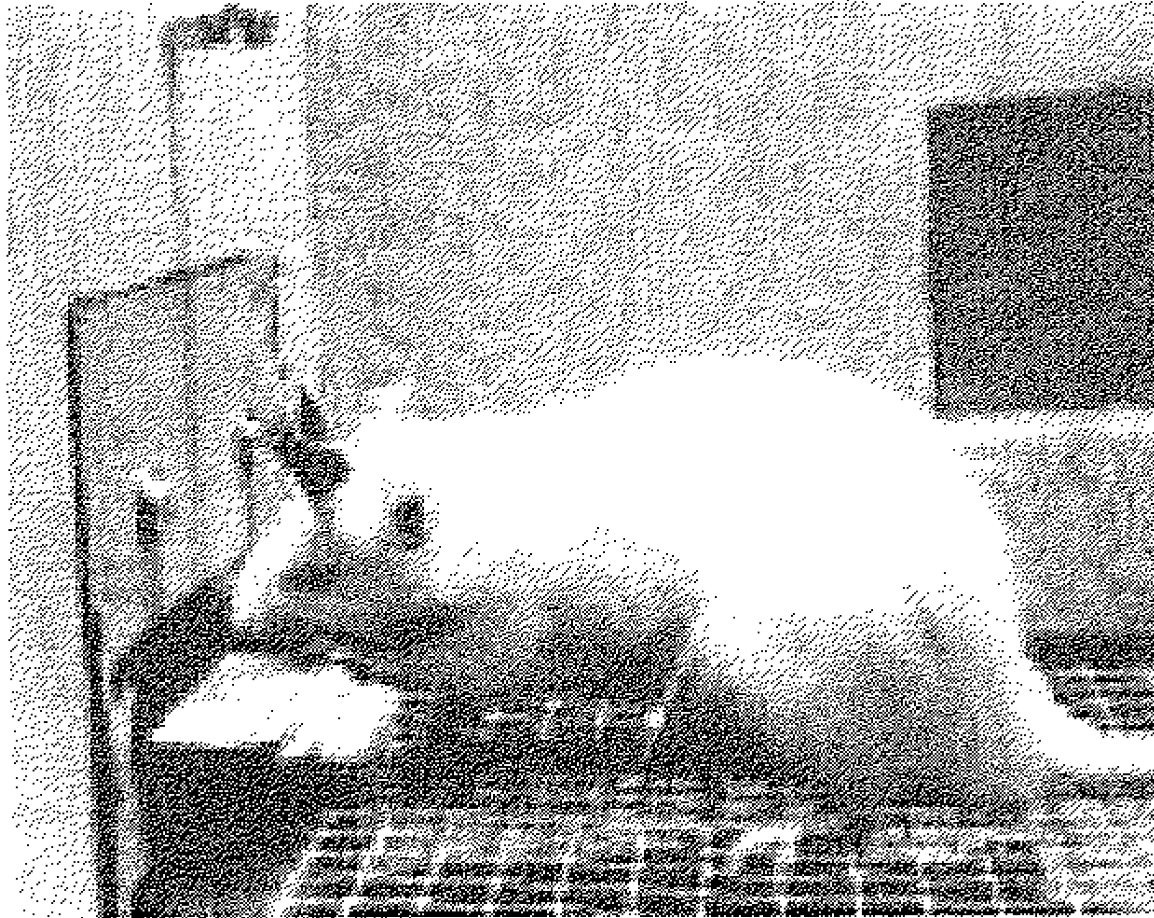
ويطرأ على الفرد في حالة النوم تغيرات عدة. فتكبت او تظهر ادراكات واحاسيس وردود افعال الفرد للمثيرات. حيث يتوقف كل ذلك على عمق النوم وعلى الاصوات المنخفضة او اثارة اعضاء الحس الاخرى. وكذلك الاسترخاء في جميع عضلات الجسم ابتداء من عضلة الرقبة فيما عدا عضلة حدقة العين. وهدوء وبطء دقات القلب وضغط الدم ويزداد في حالة حدوث كوابيس او الشعور بالضيق. وكذلك يطرأ ارتخاء عضلات الحلق ويبطء التنفس ويحدث الشخير. ويقل نشاط غدد الوجه ويضعف الجهاز العصبي اذا قل النوم.

5: 5: 2 النظريات المفسرة لحدوث النوم:

من بين المنظرين الذين أسهموا في تفسير حالة النوم سيجموند فرويد مؤسس مدرسة التحليل النفسي والتي اشار فيها الى ان النوم يعتبر نكوصا الى مرحلة مبكرة من العمر وعودة الى مرحلة ما قبل الميلاد. اي في المرحلة الجنينية داخل رحم الام.

وعلل علماء النفس التغييرات التي تحدث اثناء النوم خاصة ما يتعلق منها بالدورة الدموية في الدماغ. حيث يحدث تدفق في الدم للدماغ. وتصبح القدمان اثقل عندما يستغرق الشخص في النوم. وعندما يستيقظ من نومه يكون الرأس هو الاثقل. واستنتج العلماء ازاء هذه الظاهرة ان غلبة النوم ترتبط بالانيميا المخية. وهي تمثل نقص انسياب الدم الى المخ (كما يحدث في حالات الاغماء). واوضحت النظرية العصبية بأن اليقظة والنوم يرجعان الى تفاوت او تباعد اتصال الخلايا العصبية بعضها ببعض في الدماغ.

5: 5: 3 كيف ندرس النوم:



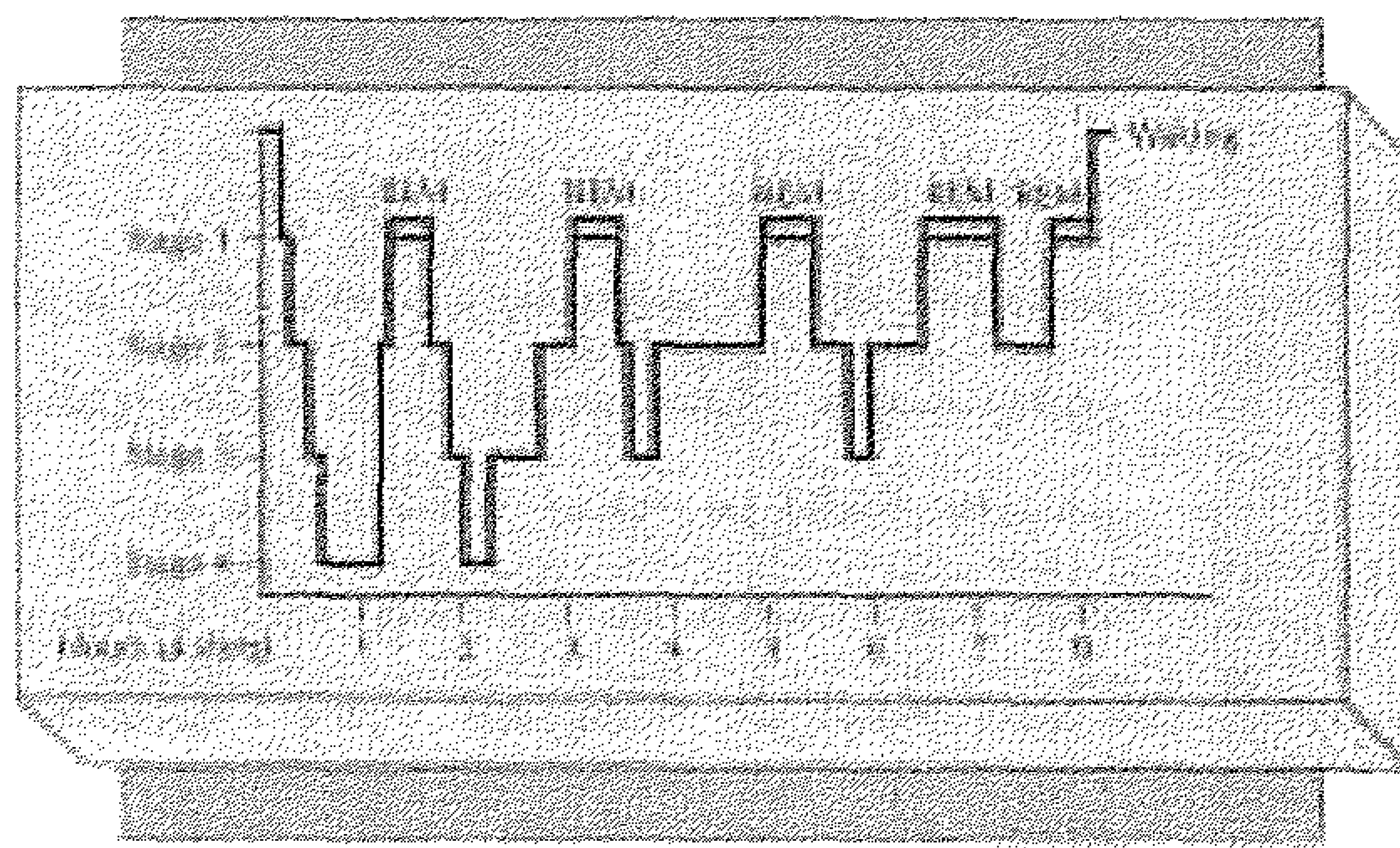
ان ساعات النوم الطبيعية تتراوح بين 4 – 10 ساعات يوميا. وأن الانسان يقضي ما بين 30 – 40 سنة من عمره في النوم. وحتى وقتنا الحاضر لا يعرف العلماء لماذا ننام بالرغم من ان بعض هؤلاء العلماء قد ذهب الى القول اننا ننام حينما نتعب وان النوم بحد ذاته يعيد لنا الحيوية والنشاط.

وفي دراسة عن النوم قام أحد العلماء بأخذ عينة من مخ لحيوان متعب (مرهق) وحقن بها مخ حيوان عادي. فوجد انه سرعان ما نام . وحينما عكس المحاولة بأن حقن مخ حيوانات نائمة بمادة مستخلصة من حيوان نشط ومستيقظ. وجد ان الحيوانات قد استيقظت على الفور (Carson, et al., 2003)

الا ان هورن Horne يرى غير ذلك.. فأجسامنا تستهلك نفس كمية الاكسجين والجلوكوز اثناء النوم التي تستهلكها اثناء مشية عادية. او في حالة استرخاء. وان اجسامنا تلك

لا تتخلص من اي مادة سامة اثناء النوم. وان النوم لا زال سرا يحير العديد من العلماء الذي يدرسون تلك الحالة. واوضح فرانسيس لوكال ان هناك جهازا للتكوين الشبكي في اعلى المخ المتوسط وتحت الهيبوثلاموس مسؤول عن حالة اليقظة مادام هذا الجهاز يسمح بمرور التنبيهات العصبية الى لحاء المخ فاذا نام هذا الجهاز كانت حالة النوم للانسان. وفي الآونة الأخيرة. تم اختراع جهاز رسام المخ الكهربائي E E G مما أدى الى زيادة قدرة العلماء في دراسة حالة النوم بشكل افضل. وقد ذكر دافيدوف Davidoff في دراسته عن المخ. ان النشاط الكهربائي للمخ يتغير بانتظام خلال وقبل فترة النوم (Rathus, 1993)

5: 5: 4 الساعة البيولوجية:



لو راقبنا انفسنا فترة من الزمن. فاننا نجد انفسنا ننظم فترات نومنا ويقظتنا واوقات طعامنا وكأننا نعيش في كون تنظمه ايقاعات محددة ترتبط بايقاعات نومنا ويقظتنا. فتغيرات حرارة الجسم وضغط الدم وحجم البلازما وافرازات الهرمونات والعمليات الحيوية وعمليات الايض داخل اجسامنا تحدد حالات نومنا عند انخفاض معدل عملياتها. ونستيقظ عند ارتفاع معدل تلك العمليات. وان لكل احساس الحيوانات دائرة نوم ودائرة يقظة مختلفة. فالانسان ينام عادة مرة واحدة لفترة 24 ساعة وتسمى هذه الحالة Monophasic sleep بينما هناك حيوانات أخرى تنام عدة مرات كل 14 ساعة وتسمى Polyphasic مثل الفئران والارانب وكذلك الاطفال الادميين. (Rathus, 1993)

5: 5: 5 مراحل النوم

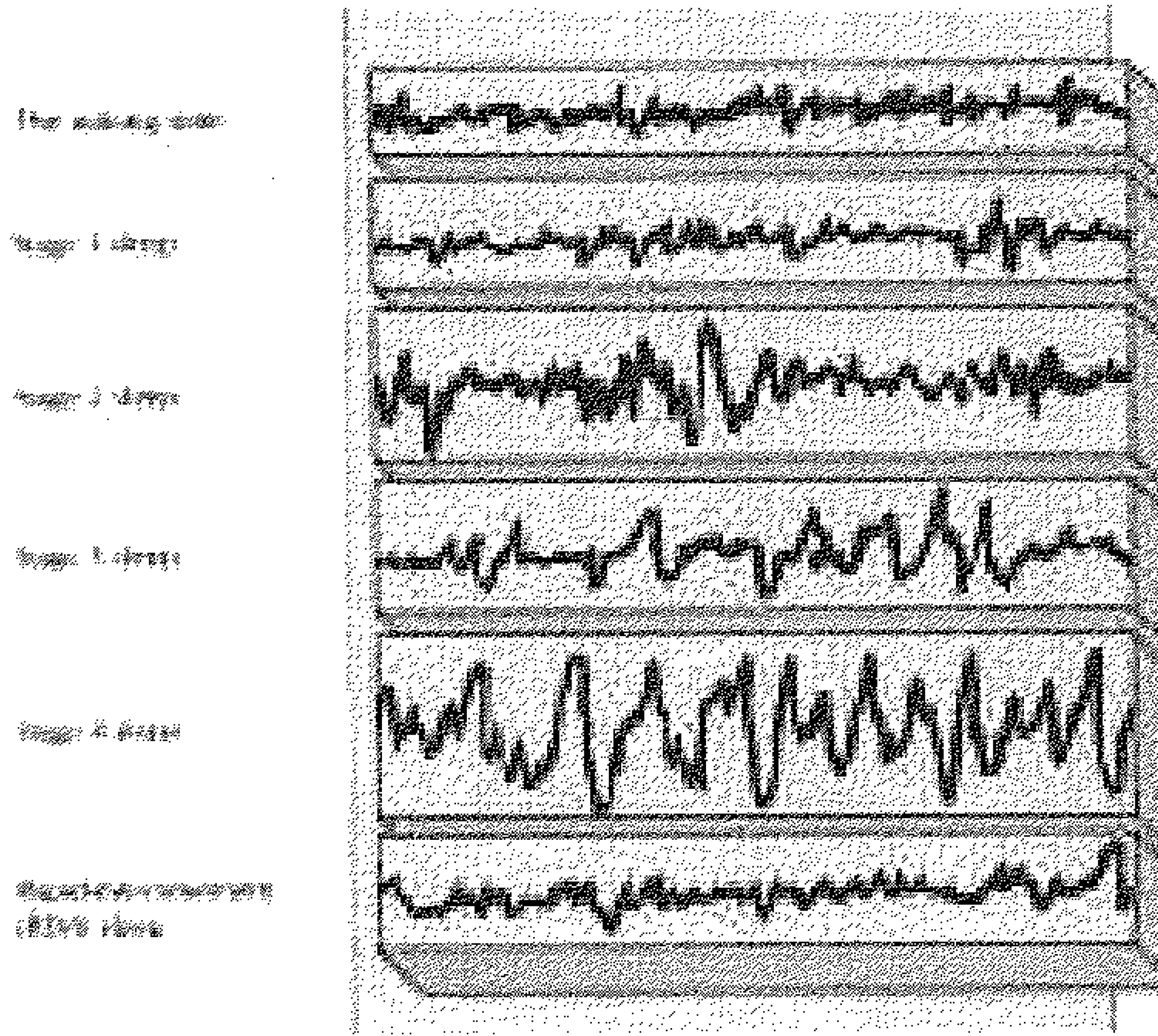
قام عدد من العلماء بدراسة حالات النوم ومراحله فأجرى ديمنت Dement دراسة داخل معمل مجهز خصيصا لدراسة النوم حيث اوضحت تسجيلات جهاز رسام المخ الكهربائي E E G نشاط المخ البشري وقت النوم وجود نوعين مميزين من النوم:

أولا: النوم الكلاسيكي Orthodox:

فقبل النوم مباشرة توجد مرحلة يسميها البعض بالمرحلة الاولى ويسميها آخرون بالمرحلة الصفرية. وهذه المرحلة تظهر مباشرة بمجرد ذهاب الشخص الى النوم. ويكون الشخص فيها مستيقظا لكنه اقل استجابة للمثيرات الحسية عن الاوقات العادية. وتستمر هذه الحالة بضعة دقائق يظهر فيها المخ موجات من نوع الفا تتراوح بين 8 – 12 موجة / ث وارتفاعها 50 ك ميكروفولت. وهذه الموجات ترتبط الى حد كبير بالشعور بالاسترخاء.

وتنقسم مراحل النوم بعد هذه المرحلة الى اربعة مراحل للنوم (Rathus, 1993):

ففي **المرحلة الاولى**: والتي يعتبرها بعض العلماء امتدادا للمرحلة السابقة (المرحلة الصفرية) وتستمر بضع دقائق حيث يسهل على الشخص الاستيقاظ. فاذا حدث للشخص حدث ما فانه لا يشعر بأنه كان نائما.لكنه يشعر بأفكار غامضة واحلام متقطعة ويكون جسمه اكثر استرخاء. ويظهر المخ موجات شاذة سريعة ذات سعة منخفضة. وفي **المرحلة الثانية** من النوم يكون الشخص فيها اكثر استرخاء. ويصعب ايقاظه. وقد تظهر لديه هلاوس واحساس بومضات ضوئية سريعة مثل لقطات السينما السريعة والمتقطعة. وقد يشعر بهزة فجائية وغير متزنة لجسمه قد يصحبها احساس السقوط. كما يظهر المخ موجات الفا التي تتراوح من 3 – 16 هرتز / ث وتستمر لثوان قليلة فقط. اما في **المرحلة الثالثة** فيصبح النوم اكثر عمقا ويصعب ايقاظ الشخص ويكون غير قابل للاستجابة. حيث يظهر المخ موجات ذات سعة مرتفعة وتسمى موجات دلتا يتخللها موجات ذات سعة منخفضة. وفي **المرحلة الرابعة** يصبح فيها النائم في حالة استرخاء كامل يصعب ايقظه ونادرا ما يتحرك وتظهر اليه الكوابيس او المشي اثناء النوم او بلل الفراش او الكلام. حيث تسود في المخ موجات دلتا تماما



ثانيا: النوم النقيض Paradoxical:

اكتشف ناثنيال Nathnial المشار اليه في (Rathus, 1993) مرحلة خامسة من مراحل النوم. يظهر بعد مضي ساعة تقريبا من بداية النوم ثم يظهر بعد ذلك كل 90 دقيقة . حيث يسود المخ اشعة تشبه الى حد كبير الاشعة التي تسود في المرحلة الصفرية وهي مرحلة ما قبل النوم. تتميز بحركات العين السريعة تحت الجفون المغلقة بحيث تصل حركتها الى 20 مرة/ ث. ويروي النائمون انهم في هذه المرحلة بالذات كانوا يحلمون. وتتميز هذه المرحلة بضعف استجابة النائم للمثيرات الخارجية. ونوع حاد من نشاط الجهاز العصبي المستقل. ويسرع التنفس وحركات العين السريعة. وكذلك ضغط الدم. ويزداد افراز الادرينالين وينتصب القضيب. وكذلك النسيج المهبلي عند الانثى دون ان ترتبط هذه الاستجابات بالضرورة باحلام جنسية.

ومع ان اخراج الحلم يتم في المناطق الحركية الملائمة للمخ. الا ان حركة الجسم لا تتم . وبالرغم من ان بعض العضلات قد تتوتر. وتكون عضلات الرأس والرقبة في حالة استرخاء. فانه قد لا يتذكر النائم احلامه.

وفي دراسات أخرى، اشار الباحثون الى وجود اربعة انواع للنوم هي النوم الكلاسيكي، والنوم النقيضي، والتهويم او نوم الغسق، والنوم الموجه. ويبين الجدول التالي الفروق بين انواع النوم الاربعة:

النوم الكلاسيكي	النوم النقيضي	التهويم (نوم الغسق)	النوم الموجه
نوم قشرة اللحاء بالمخ	نوم ما تحت قشرة لحاء المخ		تأخذ التيارات العصبية في المرور بسهولة في حالة النوم العميق والتي كانت تعرقلها اليقظة
لا يصاحبه حركات عين سريعة لا تحدث فيه احلام	يصاحبه حركات عنيفة للعين ويصاحبه نشاط في اجهزة المخ وعدد ضربات القلب وضغط الدم وسرعة التنفس		معرفة التوجيهات والاشارات التي تستدعي النوم بتفاصيلها الدقيقة قبل النوم
مراحله: • استرخاء بيقظة مع غلق العين • نعاس او نوم خفيف • المرحلة الاولى للنوم الحقيق • مرحلة متوسطة بين النوم الخفيف والعميق • مرحلة النوم العميق تستغرق 5 ساعات	نوم قصير وخفيف	يقظة جزئية نوم خفيف جدا يكون فيها الفرد ما بين نائم ومستيقظ	نوم عميق بعد فترة تفكير فيما يستدعي النوم
الحلم يخالف العقل والمنطق (كابوس)	تظهر فيه الاحلام مع تذكر الحلم اذا استيقظ في مرحلة حركات العين السريعة	احلام عابرة لا يشعر بها الشخص فتكون كأخيلة "الخيالات التهويمية" لا تظهر في الاسوياء الا نادرا	الحلم في صورة الهام في الشيء الذي كان يفكر فيه الشخص قبل النوم مما يؤدي الى حل سليم لمشكلة معينة

5: 5: 6 وظائف النوم:

نحن جميعا نشعر بالارهاق والتعب اذا قضينا ليلة بدون نوم. وجميعنا كذلك يسأل: هل النوم ضروري لاجسامنا؟

يجيب العلماء عن هذا التساؤل بأن معظم الناس يقضون وقتا اطول في فترات النوم العميقة. وانهم اذا حرموا من هذا النوم باقاظهم من هذه الفترات فانهم يتعرضون لفترات نوم عميقة اطول مما كان في الليلة الماضية. ويؤكدون على ذلك بأن للنوم والاحلام وظيفة أساسية في تحقيق التوازن. وقد اثبتت التجارب المخبرية ان الحرمان من النوم لفترات طويلة له تأثير على العمليات العقلية والذاكرة. فالنوم يمثل حالة جسمانية مثل الجوع والعطش. ونحن نشعر بالارهاق والتعب اذا قضينا ليلة بدون نوم(Marx, 1998).

وبالرغم من ان العلماء لم يكتشفوا بعد دور النوم في عمليات الايض. الا انهم يوضحون بأن حالة اليقظة الطويلة تسبب تراكما لفضلات جسمانية تسمى Hypnotoxin تحدث نتيجة لعميات البناء والهدم في الجهاز العصبي فاذا ماتراكمت هذه المادة سببت النوم لنا.

أولا: مقارنة بين طويلي وقصيري النوم:

ارنست هارت مان (1973) من جامعة تافتس قارن بين الأشخاص الذين ينامون 9 ساعات او اكثر في الليلة "طويلي النوم" مع الأشخاص الذين ينامون 6 ساعات او اقل "قصيري النوم" فوجد ان قليلي النوم يميلون الى التفاؤل اكثر. وصرفوا وقتا اقل في التأمل وكانوا حيوين ومليئين بالطاقة. واثقي النفس نوعا ما. اما الاشخاص الذين ينامون طويلا (9 ساعات فأكثر) كانوا اكثر اهتماما بالمكتسبات الشخصية والأسباب الاجتماعية. ويميلون اكثر إلى التفكير والإبداع، الا انهم مكتئبون وتغلب عليهم الحيرة. ووجد هارت كذلك الى أننا نميل بشكل عام إلى النوم اكثر خلال فترات التغيير والضغط. مثل تغيير الوظيفة، وزيادة أعباء العمل او فترات الاكتئاب. واستنتج الى ان ساعات النوم الطويلة ربما تساعدنا في التخلص من ضغوطات الحياة (Rathus, 1993).

5: 5: 7 النوم والاحلام:

أولا: الاحلام:

حاول الانسان منذ زمن بعيد تفسير الاحلام من اجل التنبؤ بسلوك المستقبل. وقصة يوسف عليه السلام وحلم فرعون مصر مثال واضح على ذلك. ويرى العلماء ان الحلم ظاهرة سلوكية مثيرة لابناء البشر منذ القدم. وربما تقدم تنبؤات لكوارث او عطاء

الطبيعة. وقد اشتهرت مدرسة التحليل النفسي بتفسير الاحلام. وأكدت على ان اللاشعور هو المسؤول وراء الاحلام. وان الحلم ليس اكثر من تحقيق رغبة لاشعورية لا يستطيع الانسان تطبيقها في الواقع فتخرج عن طريق الاحلام بشكل رمزي مقنع. ويرى فرويد ينتقل من اللاشعور الى مجرى الشعور.

أ - محتوى الحلم:

للحلم محتويان: المحتوى الظاهر والمحتوى الكامن. ولما كانت الاحلام تعمل كوسائل لخفض الضغط وحل الصراع. فقد استخدمه فرويد والمعالجون التحليليون من بعده كجزء مركزي في العلاج وكطريق يوصلنا الى مجال اللاشعور والاسباب الكامنة وراء مرض ما. وفسر التحليليون الاحلام على اساس غياب او ضعف الانا وقت النوم وعمل الرقيب، وتفهم المعنى الرمزي لمحتوى الحلم الظاهر للتوصل الى محتواه الكامن. وبالتالي الى صراعات اللاشعور. ووضع التحليليون قائمة بمحتوى الاحلام وما ترمزه اليه.

فرموز الاعضاء المبهجة الذكرية: الطائرات، السمك، ربطات العنق، الأدوات، الأسلحة، الرصاص، الأيدي، العواميد، القطارات، الأرجل، الأفعى، الأشجار، النار، السكاكين، العصي، المظلات. ورموز الاشياء (الاعضاء) المبهجة الانثوية: الزجاجات، الكهوف، الأبواب، الفرن، السفن، العلب، الصدور، القبعات، الجيوب، الأنفاق، الحافظات، الخزائن، الأوعية، الأباريق ورموز التداخل الجنسي: تسلق سلم، سياقة سيارة، ركوب طائرة، تسلق الدرجات، ركوب مصعد، ركوب الخيل، عبور الجسر، دخول الغرفة، ركوب الجبل الروسي، المشي داخل نفق او خلال ممر، ورموز الصدر: التفاح، المشمش، نسبة إلى شكل الحدث.

ثانيا: الأحلام والدراسات التجريبية:

وخضعت الاحلام لدراسات تجريبية حديثة ومتقدمة من قبل الباحثين واستبعدو وجهات نظر فرويد في تفسيره للاحلام. وتشير الدراسات في هذا الجانب ان الاحلام المتكاملة تظهر عادة في مرحلة نوم حركات العين السريعة REM وان العين تتحرك وقت الحلم. كما لو كانت تتابع احداث الحلم البصرية. واوضحت الدراسات الى وجود تطابق بين حركات العين ونشاط المخ للنائم اثناء الحلم حيث يكون نشاط المخ مرتفعا في تلك الفترة من الحلم. لكن النائم لا يكون مستجيبا للمثيرات الخارجية فالاحلام من وجهة نظر ساراسون تحدث نوعا من التوازن خاصة. وان نصف المخ الايمن هو الذي يسيطر اثناء حلم النائم بينما يسيطر نصف المخ الايسر اثناء اليقظة (Nevid, et al, 2003). وتحدث العلماء كذلك بأن حركات عين النائم وقت الحلم تتبع نظاما محددا بحيث يبدأ نشاط الحلم بعد حوالي 90 دقيقة من بداية النوم. ويستمر لفترة 10 دقائق. وتتراوح فترة الحلم ما بين 10 – 30 دقيقة فقط.

وفي دراسة تجريبية اخرى بهدف التعرف عما اذا كان النائم يحلم في تلك اللحظة ام لا. اوضحت ان 74% ممن يتم ايقاظهم اثناء او بعد REM اشاروا الى انهم كانوا يحلمون ويذكرون احلاما متكاملة. واشارت الدراسات كذلك الى ان بعض الاحلام تحتوي على انشطة حركية كالقفز والجري والمشي. بينما اجسامنا تبقى ثابتة. وبينت الدراسات كذلك ان تسجيل نشاط المخ يظهر ان اللحاء الحركي في المخ يكون نشطا تماما. اما سبب الجري والقفز والمشي فقد اشار العلماء الى ان هناك ميكانزم نيروني يمنع التنبيه العصبي الصادر من المخ من ان يمضي الى العضلات. واعضاء الاستجابة تكون شبه مشلولة عن الحركة الا اننا نتأر عقليا ووجدانيا عند الحلم. وهنا يقارن الباحثون بين اقوال فرويد في الحلم من ان الانسان يتذكر المواد السارة في الحلم بينما يكبت المواد الأخرى غير السارة وما اوضحته تجاربهم بأن نسيان الحلم هنا لا يعتمد على ما اذا كان سارا او محزنا بقدر ما يعتمد على حيوية مادته ومدى ارتباطه باحداث فسيولوجية وما اذا كان تم تحت مرحلة نوم حركات العين السريعة او حركات العين غير السريعة (Rathus, 1993).

ويرتبط نسيان الحلم او تذكره بإيقاعات دورية معينة لدى الشخص فينعكس في جميع اداءاته ودورات نومه. وبرغم تمايز الايقاعات الشخصية هذه الا ان الشكل العام تتماثل لدى الاسوياء بعكس ايقاعات غير الاسوياء من الناس.

ثالثا: اثر الحرمان من النوم:

تمثل حالات النوم وضعا طبيعيا لدى الكائن الحي ولدينا ايضا. ويقول العلماء بأن هناك جهازا يسمى جهاز الحث او التكوين الشبكي ARS يوجد داخل المخ تحت الهيبوثلاموس على شكل شبكة من الخلايا العصبية.



ولطالما يعمل هذاالجهاز فانه يسمح بمرور التنبيهات الى لحاء المخ ويظل الانسان يقظا. اما اذا توقف الجهاز عن العمل فانه يقود الانسان الى عاداته الطبيعية وهو النوم.

وعند الوليد فان حالة اليقظة لا تظهر لديه الا كردة فعل انعكاسي لاشباع حاجات بيولوجية كالجوع والعطش او التعب. وقد سميت هذه الحاجة من قبل كليتمان Klitman بيقظة الحاجة. والحاجة تلك تظهر في دورات متعددة خلال ال 24 ساعة. فيستيقظ الوليد ليشبع حاجته ثم يعود لحالة النوم. ومع نضج الطفل وحدوث عمليات التعلم الاجتماعي فان الطفل يتعلم كيف يتحكم في هذه الاستجابات

تماما مثل تعلمه التحكم في استجابات المقاطع الصوتية ليكون لغة. ويشير العلماء في هذا الجانب الى ان محاولات الانسان اصدار استجابات اليقظة تظهر معها عمل مضاد لكف اليقظة حتى عند نقطة معينة فيزداد اثر الكف على قوة النشاط الاصلي فيغلب النوم على الانسان. وبدلا من ان تكون دورات النوم عند الوليد فانها تصبح بعد ذلك مرحلة واحدة او دورة واحدة يقظة واخرى نوم كل 24 ساعة يسميها كليتمان ب: Monophasic cycle . وهذا ما تؤكده وجهات نظر العلماء من ان التعلم يعني تعديل الاستجابة مع زيادة قدرة الانسان على التحكم فيها عن طريق نقل مركز الاشراف العصبي على الاستجابة من مراكز دنيا الى مراكز عليا. وان المراكز البدائية هي التي تسيطر على فترات اليقظة في المراحل الاولى الا انها مع وصول الكائن الى مرحلة النضج والتعلم يتحكم في اللحاء (Baron, 2002). وان الحرمان من النوم لعدة ليالي يحدث شعورا بالهلوسات والاوهام واعتقادات زائفة كما يحدث اضطرابات في الادراك وزيادة في احساس الشخص بالالم وانخفاض نشاط الفا واضطرابا في التنفس ودقات القلب (Peterson, 2001).

واشار راثوس (Rathus, 1993) الى دراسة اجراها بابنهيمر Pappenheminer على مخ فئران محرومة من النوم انها تنتج سائلا بسبب النوم. واذا ما تم حقن هذاالسائل تدريجيا في مخ ارانب فان فترة نومه تزداد من حيث المدة التي تستغرقها ومن حيث حدوثها. واجرى العالم ناوتا Nauta جراحة في مخ الفئران في مناطق معينة بالهيبوثلاموس. ولاحظ ان بعض العمليات كانت تسبب نوما وبعضها الاخر تمنع الفأر من النوم. وبعد اربع وعشرينن ساعة تعود الفئران الى حالتها الطبيعية. ثم بعد ذلك يظهر عليها الشعور بالتعب وحركات ارتعاش ورفض للطعام والشراب. وبعد 3 ايام يحدث لها اغماء وقد لا تستيقظ حتى بأشد المثيرات اثارة ثم تموت بعدها مباشرة.

وفي دراسة مثيرة اجراها العلماء على مواطن يدعى بيتر تريب Peter Trepp حيث بقي مستيقظا طوال 20 ساعة وطبق العلماء عليه بطارية اختبارات نفسية وقاسوا ردود افعاله البيولوجية. وفي اليوم التالي احس بارهاق شديد وفي اليوم الثالث بدأ يرى اوهاما وهلوسات واحس ان في حذائه حشرات. وكذلك على المنضدة واصبح يعاني من تذكر الاشياء . وبعد مرور 100 ساعة على حرمانه من النوم. فقد اصبح غير قادر على اجراء الاختبارات النفسية التي تتطلب انتباها او حل مشكلات عقلية وتدهورت قدرته العقلية بسرعة. وفي اليومم الخامس اضطربتت شخصيته وزادت اوهامه وهلوساته وبعد حوالي 150 ساعة حرمان من النوم لم يعد يعرف من هو ولا اين هو ولكي يفسر حيرته هذه توهم انه ضحية نظام نازي. وبالرغم من انه كان يقظا. الا ان موجات مخه كانت تشبه موجات مخ نائم. وفي صباح اليوم الاخير ظن ان الطبيب الذي يشرف عليه انسان شرير وجاسوس يريد دفنه حيا. فقفز من مائدة الاختبار واندفع نحو الباب واستطاع الباحثون اعادته حتى يكمل اليوم الاخير. بعدها نام لمدة 13 ساعة عاد بعدها تدريجيا الى حالته الطبيعية ولكن في حالة اكتئاب.

5: 5: 8 الكوابيس

هل حلمت يوما ان هناك شيئا ثقيلا على صدرك ويراقب نفسك؟ او انك كنت تحاول الهروب من خطر مريع؟ لكنك لم تستطع الركض او تنظيم حركات رجلك؟



في العصور الوسطى كان الاعتقاد السائد لمثل هذه الكوابيس أنها من عمل الشياطين. وكان يعتقد بقوة، انها شكل من أشكال العقوبة. أي انها بعثت لتجعلك تدفع ثمن خطاياك. ربما يجلسون على صدرك ويلاحظونك بشكل شيطاني. او ربما يحاولون خنقك. إذا أعطيت خيالا او سلوكا جنسيا ربما يقيمون علاقة جنسية معك.

لقد اوضحت الدراسات بأن الناس تحلم نمطين من الاحلام المؤلمة منها: ما يسمى بالكوابيس او الفزع الليلي. حيث يستيقظ النائم في المرحلة الرابعة للنوم وهو في حالة فزع طالبا المساعدة وينتابه حزن وخوف شديدين. ويزداد تنفسه ونبضات قلبه. ومثل هذه الكوابيس نادرة نسبيا لكنها تزداد في الطفل وتقل مع النضج. ولازالت اسبابها غير معروفة رغم ان الاطباء يرجحون الى انها ترجع الى اسباب فسيولوجية. وقد اشارت الدراسات بأن الحلم يتشكل عادة من الخبرات الشخصية والاجتماعية للشخص الراشد . فالمرأة الحامل مثلا تحلم كثيرا عن حملها . والفتيات الامريكيات يحلمن بعلاقات الصداقة والعواطف والحب وموضوعات المنزل والاسرة. بينما يحلم الشباب في الغالب بموضوعات الانجاز والعداوة والنشاط الفيزيقي والجنسي (Rathus, 2002).

وفي دراسة حديثة لاندرسون Anderson عن اعراض الحلم اوضح فيها ان الحلم ينمي الذاكرة. وان النوم وما يتضمنه من احلام يعمل على تثبيت المادة المحفوظة. (Lahey, 2007). واجرى باركر Barker دراسة مماثلة ايقظ فيها المفحوصين بعد ان ناموا في المعمل خمس ساعات واخبرهم انهم سوف يتعلمون شيئا قبل ان يعودوا مرة اخرى للنوم. ثم عرض عليهم مجموعة من الاشكال عن اشياء عامة وان يكتبوا كل شيئ عنها قبل ان يعودوا للنوم . واثناء نومهم استخدم EEG كاميرات حركات العين. وتم تقسيمهم الى مجموعتين: المجموعة الاولى هي من ظهر عليهم REM والثانية لم يظهر عليهم REM ثم طلب منهم ان يتذكروا الاشكال التي سبق لهم ان رأوهابعد ان استيقظوا من نومهم. فوجد ان المجموعة الاولى التي ظهر عليها نوم كانت افضل من المجموعة الثانية (Baron & Kalsher,; 2002)

5: 5: 8 احلام اليقظة:

ان قدرتنا على التخيل تمثل احدى وظائف العقل. فحينما نستيقظ من النوم فانه يكون لدينا مجرى مستمر من الشعور يحتوي على افكار وذكريات وتخيلات عقلية

أخرى. ومثل هذه الذكريات والخبرات تمثل بالنسبة لنا شعورا شخصيا داخليا بحيث يصعب قياسها او التحقق منها.

ونحن نحاول تشكيل واقع من تخيلاتنا داخل تركيبات جديدة ترفض في الغالب الزمان والمكان. ونستطيع من خلال اوهامنا تلك تجربة الحلول المختلفة لمشاكل معينة عقليا فقط. يمكن من خلالها ان نضع خططا ونتنبأ عقليا بنتائجها. مما يساعدنا على التحرر من الحاضر وآثاره. ومن وجهة نظر التحليليين فان احلام اليقظة والاوهام مثلها مثل الاحلام لها وظيفتها في تحقيق رغبات الشخص التي يصعب تحقيقها في الواقع. وان احلام اليقظة تلك تفرغ الطاقة العدوانية. الا ان دراسات حديثة في هذا المجال قد اوضحت بأن الافراد الذين يتوهمون اوهاما عدوانية مع احلام اليقظة تزيد لديهم الدوافع الوجدانية. وهو عكس ما يراه التحليليون.

أولا: خصائص أحلام اليقظة:

تحدث المنظرون عن تنوع احلام اليقظة من حيث صلتها بالواقع وان الحلم غالبا ما يرتبط بالموقف الراهن للشخص. الا ان بعضا من احلام اليقظة تحدث لذاتها وبشكل مستقل عن الاحداث الراهنة. وقد اجريت دراسات حول هذا الجانب وبينت بان احلام اليقظة تختلف عند الافراد في ثلاث خصائص هي (Nairne, 2003):

- احلام يرتبط منها بالموقف الراهن والبيئة الجارية في مقابل احلام غير مرتبطة بها
- احلام تمثل افكارا ذاتية موجهة خاضعة للتحكم في مقابل افكار لا ارادية
- احلام تمثل افكارا واقعية في مقابل احلام خيالية غير واقعية (الشيخ، 1992)

وفي دراسة مماثلة لسنجر Singer اظهرت ان احلام اليقظة يمكن تقسيمها الى ثلاثة انماط:

- احلام يميل افرادها الى التشتت والتحول الذهني وغالبا تكون سلبية ومرعبة. وهؤلاء الافراد تكون لديهم اضطرابات في الانتباه. ولا يميلون الى الاعتراف او التقرير باحلام اليقظة.
- واحلام يتميز افرادها بمدى واسع من احلام اليقظة التي تتركز حول وجدانات حزينة مثل الشعور بالذنب. والعدوانية نحو الاخرين. والخوف من الفشل . ومعظم هؤلاء يكون وقتهم مشغولا بالشك في الذات والشعور بالذنب.
- واحلام يقظة سعيدة تدور حول امور وجدانية ايجابية تكون تخيلات افرادها نشطة وحيوية. يستخدمونها في التخطيط للمستقبل وهؤلاء يتميزون بقدرة عالية من التوافق

5: 5: 9 أشكال اضطرابات النوم:

يمكن تقسيم اضطرابات النوم الى الآتي:

أولا: اضطراب إيقاع النوم Dyssomnias :

ويتمثل في كمية النوم وكيفيته ومدته أو توقيته.ومثال ذلك:

أ - الأرق Insomnia:

ونعني به عدم القدرة على الحصول على النوم الكافي. ويتجلى في صعوبة البدء في النوم. أو عدم الراحة في أثنائه، أو صعوبة الاستمرار فيه. أو يكون بالاستيقاظ المبكر في الصباح. وهي حالة يتعذر فيها الطفل النوم ويتمثل الأرق في ثلاثة أشكال هي: صعوبة بدء النوم، وصعوبة الاستمرار في النوم، والاستيقاظ المبكر.

وتحدث حالات الأرق لأطفال عاديين نتيجة لضغوط نفسية أو توتر أو ارهاق جسدي. وربما لأسباب غير واضحة. وأحيانا يكون لتغيير مكان النوم أو اتجاه السير. ويشير الباحثون الى ان السبب الرئيسي للأرق يتمثل في الرغبات المكبوتة أو الشعور بالذنب او الخوف من الوقوع في الخطأ أو مضايقة رفاق الطفل له في الروضة. الا اذا كان الطفل ينام أكثر من اللازم (بشناق، 2001).

ان الأشخاص الذين يعانون من الارق يظهرون مستويات أعلى من النشاط اللاإرادي خلال محاولتهم للنوم. وخلال النوم. وتظهر على جبهتهم شد عضلي اكبر من الذين لا يعانون من الارق . وقد بينت الفحوصات الشخصية الى ان قليلي النوم اكثر اكتئابا وتأملا من الأشخاص الطبيعين (جيدي النوم) واكثر اهتماما بالشكاوى الجسدية. واكثر خجلا وتقوقعا. وتحدث الباحثون كذلك بأن الارق يأتي ويذهب عند اغلبية الناس مضطردا خلال فترات التلهف والضغط. ويميل المصابون بالارق إلى حزم مشاكلهم في النوم من خلال جهودهم بإجبار أنفسهم على النوم. فيزيد النشاط اللاإرادي والشد العضلي.

ونحن وان كنا نعاني من الارق، فاننا لا نستطيع إجبار انفسنا على النوم لكننا فقط نستطيع ان ضع مرحلة أولية له بالاستلقاء والاسترخاء عندما نكون متعبين. واذا ركزنا بشدة على النوم فسوف نتوه. لكن الملايين من البشر يذهبون إلى الفراش كل ليلة ولديهم احتمالية حدوث الأرق فور نومهم.

ولكن: كيف (وكيف لا) تنام في الليل:

لا مجال للشك ان الطريقة الاكثر شيوعا في محاربة الارق ابتلاع الأقراص. الأقراص المنومة التي قد تساعدنا على النوم وتبعدنا عن جهودنا في محاولة النوم. لكن هناك مشكلة في اقراص المنوم فهي (Rathus, 1993):

- تنسب نجاحك الى القرص وليس الى نفسك. تخلق اعتمادية على القرص المنوم بدل الاعتماد على النفس.
- تطور القدرة على احتمال تأثير الأعراض المنومة مع الاستعمال المتكرر للاقراص المنومة سوف تزيد الجرعة باطراد لتكتسب نفس التأثير.

- الجرعات الكبيرة من هذه الكيماويات قد تكون خطرة. خصوصا اذا مزجت مع مشروب كحولي. فالأقراص المنومة والكحول تحد من نشاط الجهاز العصبي المركزي وتأثيره أدماني.

ب - إفراط النوم.

وفي هذا النمط من اضطرابات النوم تبدو على الطفل خمول واضح ويميل الى النوم لساعات طويلة في النهار بالإضافة لنومه الاعتيادي في الليل. ولا يظهر على الطفل حالة الانتعاش أو الحيوية بعد النوم. بل يبدو الأمر عليه نوم فخمول فنوم ثانية. مع القدرة على مقاومة العودة الى النوم مرة أخرى. وقد ترافق هذه الحالة عند الطفل حالة سمنة واضطراب في بعض وظائف التنفس.

ولفرط النوم أسباب عديدة من أبرزها :

- **أسباب نفسية**: يمكن للنوم ان يكون أحيانا وسيلة هروب من التوترات الحياتية. حيث يلجأ الفرد الى تجنب بعض أشكال التوتر عن طريق الاستمرار في النوم للهدوء.

- **أسباب عضوية**: ومن ذلك الإرهاق الجسدي. فقد ينام الطفل كثيرا نتيجة الإرهاق او الإنهاك الجسدي الذي ينتج عادة عن النشاط الزائد خلال النهار. أو قلة النوم أثناء الليل.

ثانيا: مخلات النوم Parasomnias :

ويتمثل في أحداث غير طبيعية عند العتبة الفارقة بين اليقظة والنوم أو أثناء النوم. مثال ذلك: أن يصاب الطفل بالكابوس والمشي ورعب الليل وغير ذلك.

أ - الكابوس Night mare disorder :

يشير الكابوس إلى حلم مخيف مرعب يراه الطفل أثناء نومه فيؤدي به الى الانزعاج الشديد مع اليقظة وانقطاع استمرار النوم في اللحظة التي يبلغ فيها الخوف قمته. ويبلغ الانفعال والهلع ذروته. ويبدأ الأطفال بتذكر الأحلام المزعجة بدرجة بسيطة في عمر ثلاث سنوات ولكنها لا تكون مزعجة في تكرارها وحدتها. ويستطيع طفل الخامسة وصف محتوى الحلم المخيف وبشكل تفصيلي شديد. ويصبح الكابوس مثيرا للاهتمام إذا كان يتكرر وبفترات متفاوتة تؤدي إلى اضطراب نوم الطفل.

ب - رعب الليل (اضطراب الفزع أثناء النوم) Sleep terror disorder:

رعب الليل أو اضطراب الفزع أثناء النوم نوبة من الخوف الشديد قد يصاحبها صراخ ورعب ذو أنين بالبكاء وطلب النجدة. ويصحب ذلك الاستيقاظ المفاجئ وجلوس

الطفل مفزوعا في الفراش مع الاستجابة لحظتها لمحاولات التهدئة. وقد يحدث هذا الاضطراب في الثلث الأول من النوم. واثناء فترة النوم المصحوبة بحركة العين السريعة. وقد تستغرق فترة الرعب هذه لفترة زمنية تتراوح ما بين: دقيقة وعشر دقائق. ويبدأ هذا الاضطراب للأطفال من ذوي الفئات العمرية: 4 - 12 سنة. (بشناق، 2001)

ج - الاضطراب المخل بالنوم :

مثل اضطراب الكلام أثناء النوم واحتكاك الأسنان ولزمة البلع والاستيقاظ المبكر وغيرها :

1 - المشي أثناء النوم:



اضطراب يمشي الطفل فيه أثناء نومه بعد ترك الفراش متجولا في أنحاء المكان. وارتداء الملابس وفتح الباب أو الجلوس مع الجالسين وهو صامت ومشوش الوعي. وان كانت عيناه مفتوحتين. وقد يجيب عن أسئلة الحضور بكلمة او جملة مختصرة. وعدم انتباه وإذا أعيد إلى الفراش قام بيسر ونام بهدوء. دون ان يتذكر الأحداث التي قام بها. وخلال هذه النوبة يكون وجه الطفل شاحبا محملقا ويصعب إيقاظه. وربما ينتقل في نومه إلى مكان آخر وعندما يستيقظ في الصباح يندهش عندما يجد نفسه في مكان آخر. وفي المشي أثناء النوم قد يتعرض الطفل إلى السقوط وهو نائم أو الاصطدام بحاجز. ويحدث هذا الاضطراب عادة بعد 1 - 3 ساعات من استغراق الطفل في النوم وتستغرق نوبة المشي مدة تتراوح ثلاث دقائق الى نصف ساعة. ويحدث لدى 15% من الأطفال الذين يتجاوزون سن الخامسة من العمر(Baron, 2002).

2- شلل النوم:

ونعني به عدم استطاعة الطفل الحراك أثناء النوم وثقل الجسم الشديد الذي يمنع الطفل من الإتيان بحركة إرادية فيفيق من النوم فجأة. بالرغم من استعادة وعيه. ويبدو غير متمكن من أقل حركة. ويحاول التحرك دون نتيجة حتى لأصابع القدم. أو الكف. وكأنما تقيده قيود خارجية. وتصاحب هذه الحالة هلع وفزع وربما بكاء أو صراخ. وقد تحدث هذه الحالة في بداية النوم أو عند انتهاء النوم. كما قد تتكرر في الليلة الواحدة اكثر من مرة.

3 - الكلام أثناء النوم:

يشير الكلام اثناء النوم إلى ترديد الطفل مجموعة من الكلمات أو الجمل المفيدة أو غير المفيدة أو الغناء أو إلقاء نشيد أو النداء العادة شيء أو تحقيق رغبة.

5: 5: 10 العوامل المسببة لاضطرابات النوم:

هناك عوامل عديدة تسبب اضطرابات النوم:

فقد تحدث حالات الأرق عن الأطفال العاديين نتيجة لضغوط نفسية أو توتر أو إرهاق جسدي. أو رغبات مكبوتة، أو شعور بالذنب، أو الخوف في الوقوع في الخطأ أو مضايقة الطفل من قبل رفاقه داخل الروضة أو خارجها. وربما لأسباب غير واضحة. وربما يكون لتغيير النوم أو اتجاه السير أو في المنزل الجديد أو المنزل الذي تم إدخال تعديلات لم يألفها الطفل بعد.

وقد يعاني الطفل من إفراط في النوم نتيجة فقر الدم، أو نقص هرمون الغدة الدرقية، أو سوء التغذية، أو تناول بعض الأدوية، أو الإصابة بالتهاب السحايا التدرني، أو لأسباب غير معروفة

أما اضطرابات الكوابيس فقد تكون أسبابها معاناة الطفل من مشكلات نفسية، أو أن الطفل يعيش في ظروف أسرية واجتماعية غير طبيعية. أو مشاهدة الطفل لأفلام مرعبة قبل النوم، أو سماعه لقصص خرافية .

أما اضطرابات الرعب الليلي: فليست هناك أسباب واضحة خلف هذه النوبة. وان كانت مشاعر الخوف التي تغرسها الأم في نفس الطفل تجعله أكثر عرضة للرعب الليلي. كما انه لا توجد أسباب واضحة لاضطراب المشي أثناء النوم إلا إذا كانت على مستوى العادة أو النقل التلقائي من فرد داخل الأسرة. ولا توجد أسباب تفسر شلل النوم الذي ينتاب الصغار والكبار معا. أما الكلام أثناء النوم فسببه الخوف الكامن في نفس الطفل من موقف ما أو حبه لموقف ما. أو المصاحبة لاضطراب فزع النوم.

6: الاضطرابات الجنسية

6: 1 المقدمة:

للجنس أهميته الكبرى في حياة الفرد لكونه يرتبط بشكل واضح وجلي بكل جوانب النمو المختلفة. وبالتدريج يتحول الميل الجنسي الى الجنس الاخر. فيتعلق الفتى باحدى الجارات او صديقات الاسرة أو احدى فتيات مجتمعه او حتى احدى مدرساته. وكذلك تفعل الفتاة. وفي بداية مرحلة المراهقة يشعر المراهق بالدافع الجنسي. ويعبر عنه بداية الامر على شكل اخلاص وولاء واعجاب واعزاز وحب لشخص أكبر منه سنا مثل المعلم او غيره. ثم يأخذ الشعور الجنسي مجراه الطبيعي فيحب الفتى فتاة أو اكثر في مثل سنه. وتفعل الفتاة كذلك. وتتميز هذه العلاقة بسيادة الروح الرومانسية الخالية من اية

اثارة جنسية جامحة حيث يوصف الحبيب بالأخ أو الاخت او الملاك أو الروح... الخ. ويشاهد الفضول الجنسي وشدة الشغف بالتعرف على حقيقة الحياة الجنسية وكثرة الاسئلة الى الكبار ومن سبقوا الى مرحلة المراهقة من الرفاق (Papalia & Olds, 2005).

ومن أجل ان يخفف المراهق من توتره الجنسي، فانه يلجأ الى ممارسة النشاط الجنسي الذاتي والتي تسمى بالعادة السرية Masterbation وتشير البحوث المتعلقة في هذا الجانب الى ان الافراط في مثل هذا النشاط وادمانه وما يصاحبه من مشاعر الاثم والخطيئة والصراع النفسي. الخوف والقلق النفسي. والشعور بالاثم وفقدان اعتبار الذات (Peterson, 2001).

6: 2 النشاط الجنسي:

بينما نحن لا نحتاج ان نكون نشطين جنسيا (نمارس الجنس) لكي نأكل ونعيش، الا ان الدافع الجنسي هو واحد من اقوى الدوافع عند جميع الحيوانات اذ انه في طبيعة الحال ضروري لبقاء الاجناس (الاصناف) واستمرارها فأحد أسس بنائنا الجسمي يجهزنا للجنس ويوفر الية تجعله ممتعا وتهيئنا لنستجيب لعدد من المحفزات في محيطنا. بينما البحوث حول تناول الطعام. العدوانية، تحقق الانجازات، وغيرها. من المواضيع المتعلقة بالنشاط الانساني كانت قائمة منذ بداية هذا القرن، الا انه حتى أعوام الخمسينات من هذا القرن. فالبحوث الرائدة للدكتور وليم ماسترز وفرجينيا جونسون اكتشف ما يحدث بالضبط داخل جسم الانسان خلال الفعاليات الجنسية (ممارسة الجنس) وبمساعدة أكثر من (60) رجل وامرأة الذين تطوعوا بالقدوم الى مختبرهم في سانت لويس فان ماسترز وجونسون استعملو مجموعة متسلسلة من الأجهزة التكنولوجية لقياس الاستجابات العضوية (1966) وعلى اساس بحوثهم حددوا أربعة مراحل من الاستجابات الجنسية معتمدة على عمليتين فسيولوجية (عضوية) أساسية (فاسوكرنجيشن) وهي تدفق الدم الى الأوعية الدموية و (مابولونيا) وهي تقلص العضلات في منطقة الأعضاء الجنسية وخلال الجسم كله وهي (Rathus, 2002):

6: 2: 1 الاثارة (التهيج):

في بداية المرحلة تبدأ الأنثى بإفراز مواد دهنية (ترطيب) تدهن المهبل ويتضخم الصدر وتنتصب الحلمة وتنتفخ حشفة الضر ويتمدد الثلثين العلويين للمهبل. اما عند الذكر فيحدث انتصاب وتوتر الكيس الصفني وارتفاع الخصيتين. والذكر والانثى على السواء ربما يشعرون بتهيج (حكة مؤقتة عابرة) وزياد عدد ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم.

6: 2: 2 طور (مرحلة) الاستقرار:

انقباض الاوعية الدموية في اعلى مراحلها وجدران المهبل تزيد سماكته والفتحة تتقلص مما تسمح للمهبل ان يمسك القضيب باحكام والبظر ينسحب الى اعلى الرحم يكبر (يتمدد) واللون

يغمق في الغشاء الداخلي لفرج المرأة. كما ان قضيب الرجل يكون في انتصاب كامل والخصيتين تتضخم وبعض القطرات (يمكن ان تحتوي على حيوانات منوية نشطة) تظهر على رأس القضيب. والنفس ونبضات القلب وضغط الدم يستمران في الارتفاع عند الجنسين.

6: 2: 3 هذا الجماع الجنسي (ذروة اللذة):

في الجنسين تتكون سلسلة متتالية من تقلص عضلي متكرر للأعضاء في الحوض كل 0.8 من الثانية أما ذروة اللذة للذكر فتقع في مرحلتين أولاهما عند محاولة وقوع القذف (الشعور ان القذف على وشك الوقوع ولا يمكن إيقافه) والثانية في عملية القذف نفسها وخلالها يجبر السائل المنوي على الخروج من القضيب. اما المرأة فرحمها يتقلص.

6: 2: 4 الانحلال:

في الطور النهائي يعود الجنسين الى حالتهما الطبيعية قبل الاثارة وعملية عكس المراحل السابقة تأخذ عادته من (15 - 30) دقيقة ويمكن ان تأخذ ساعة للنساء اللواتي تمت اثارتهن ولم يصلن الى ذروة اللذة (هذا الجماع) هذه المرحلة تستغرق عدة دقائق لبعض الرجال او 24 ساعة لدى البعض الآخر. وهي اطول للرجال المتقدمين في السن. اما النساء فلا يشعرن بمدة من عدم الاستجابة لذلك فعملية ذروة اللذة المتكررة ممكنة لهن.

ان تعدد انواع الشعور باللذة المصاحبة للكمال الجنسي تذهب ابعد من عملية الجماع وحدها فنحن نملك مناطق جنسية حساسة (تثار جنسيا) متعددة في جسمنا وهذه تسمى بالمناطق الشبقية. فالانسان يمكن ان يشعر بالاثارة او ذروة اللذة اذا لمست بعض المناطق. ان اكثر وسيلة شائعة لبلوغ الذروة بالاضافة للجماع هي عملية الاثارة اليدوية او بواسطة الفم للاعضاء الجنسية (البظر، المهبل، القضيب، الخصيتين) والمناطق الشبقية تتضمن عادة (الصدر، الفخذ، الشفة، المؤخرة) ويمكن ايضا ان تشمل الاذن وتحت الذراع (الابط). وهذا يعتمد على الفرد. فالاشخاص يكونون حساسين في مناطق مختلفة من اجسامهم وما يتجاهله احدهم يمكن ان يكون مثيرا جدا لشخص آخر.

6: 3: اثارة الرغبة الجنسية:

ما الذي يجعل الانسان يطلب الجنس على الاطلاق؟ تشير البحوث الى علاقة عضوية ومكتسبة. فالعامل العضوي الرئيسي للرغبة الجنسية في الذكر والانثى يمكن ان يوجد في الدور الذي تلعبه الهرمونات والصفات المكتسبة تظهر في الطريقة التي يتجاوب بها الناس لعوامل الاثارة المختلفة.

6: 3: 1 الهرمونات:

من الهرمونات الذكرية فان التستورن خضع لأكثر عدد من الدراسات فعندما يكون التستورون عالي فان الذكر يميل الى المشاركة في عملية جنسية. وخلال المراهقة

تكون مستويات التستورون عالية. وفي خلال هذه السنوات يبدأ الفتيان في ممارسة العادة السرية للوصول الى ذروة اللذة، وكذلك النساء اللواتي لديهن التستورون في اجسامهم وهناك ادلة تبين ان النساء اللواتي لديهن نسبة عالية من التستورونن يمارسن الجنس اكثر ويتمتعن به أكثر.

ان الهرمونين الرئيسيين عند النساء الاستروجين والبروجستيرون فالاستروجين يرتبط بشكل خاص بالاشارة الجنسية عندها وهو يفرز كل حوالي 28 يوما عندما تنفصل البويضة عن الخلية الشعرية. وتقريبا فان جميع الحيوانات عدا الانسان الأنثى تسمح بالجماع فقط خلال دورة التكاثر في الوقت الذي يكون فيه مستوى الاستروجين عالي (وهو الوقت الذي تكون فيه الأنثى خصبة) بينما تكون الانثى عند البشر مهمته بالجنس عند ارتفاع نسبة الاستروجين. وهي كذلك تمارس الجنس عندما يكون مستوى الاستروجين منخفضا.

6: 3: 2 الادوية والعقاقير:

العلاقة بين الجنس والوظائف العضوية تؤكد بصورة درامية بعدد العقاقير والادوية العادية المنتشرة والتي تعيق وتعطل عملية الجنس عند الرجال والنساء. فمن بين 188 رجل في دراسة حديثة يعانون من عجز جنسي، ان الادوية والعقاقير العامل الاكبر المتسبب في هذا العجز. وايضا تتدخل وتقلل من الرغبة الجنسية عند الذكر والانثى وتؤثر على قابلية القذف عند الرجال. وبقابلية الوصول الى ذروة اللذة عند النساء. وهي تفعل ذلك عن طريق تغيير عملية انتاج او تأثير الهرمونات الجنسية بالتدخل في عمل الجهاز العصبي اللاارادي بمنع المؤثرات المحتاجة للتجاوب مع عملية الاثارة العادية. او بتغيير الشعور العاطفي والنفسي او بتغيير درجات الاثارة. ومن حسن الحظ ان جميع التأثيرات من العقاقير والادوية على النشاط الجنسي تقريبا تختفي عند التوقف عن تناولها (Barbara & Phillip, 2005).

6: 3: 3 التأثير (الحث والتحفيز):

ما الذي يجعلنا نفكر بالجنس في اوقات معينة؟ عالم القوانين الحيوية (علاقة البيئة بالانسان) ديزموند 1977 يقترح ان النشاط الجنسي يطلق (يحدث)اشارات جنسية خفية تمكننا من التعرف على ان الشخص الاخر ذكرا او انثى مما يعزز صفة الذكورة او الانوثة لدينا. لذا فأي شيء يميز بين الجنسين يجلب اهتمامنا بالاعضاء الجنسية والصدر والمؤخرة المستديرة للمرأة. الكتف العريض والمؤخرة المسطحة للرجل والتأثيرات المفروضة من المجتمع مثل: الملابس وتسريحة الشعر. نحن لا نعرف بالضبط لماذا تكون بعض الخواص الجسمانية المعينة لدى آخرين محببة لدينا؟ فيمكن ان يكون بسبب انها تذكرنا بشخص آخر (مثلا أحد الوالدين) او ربما يمثلون فكرة المجتمع عن الجمال او تعلمنا بطريقة او اخرى الربط الذهني لخواص جسمانية معينة والشعور بالاثارة الجنسية. فعندما نشعر بالجاذبية الجنسية لشخص ما فأول تصرف – تجاوب) بأن نركز

نظرنا عليه، ثم نتقرب منه جسديا واذا كان متجاوبا فسوف نبدأ باللمس وتصعيد الموقف اذا كان متجاوبا الى اتصال جنسي.

ان البشر قادرون على التفكير الرمزي فنحن قادرون على ان نثار ليس فقط بشخص موجود امامنا بل ايضا بالصور والافلام. فوصف للخلاعة (التعري) او وصف للعملية الجنسية تظهر حالة الاثارة لدى الذكر والانثى والتطلع الى المواد المثيرة جنسيا تزيد من افراز الهرمونات الجنسية التي نعرف انها مهمة لعملية الاثارة الجنسية.

6: 3: 4 التعلم (الاكتساب):

رغم اننا لا نملك اية معلومات علمية على دور الاكتساب (التعلم) بالنسبة الى تفضيلنا واختبارنا لشركائنا في الجنس. هناك قدر كبير من الادلة ان التعلم (الاكتساب، المعرفة المكتسبة) يلعب دورا مهما في رد جنسي ناضج (مسؤول)أكثر هذه الادلة تأتي من البحوث على الحيوانات. انه لا بد ان يلعب دورا اكبر لدى الانسان. فالقردة التي لا تحصل على فرصة للعب مع قردة اخرى بنفس عمرها عندما تكون صغيرة. فانهم يكونون محفوزين ونشطين جنسيا عندما ينضجون. لكنهم لا يعرفون ماذا يفعلون (كيف يتصرفون تصرفا جنسيا لائقا). والظاهر ان وجود مجموعة من الرفاق في نفس العمر يحفز القردة الصغار على التجربة والتمرين على طرق تصرف معينة في اللعب (مثل أجزاء من التجارب الجنسية لدى البالغين) التي هي مهمة للتصرف الجنسي عند البلوغ.

أهمية التعلم الجنسي في البداية هو بلا شك عامل حاسم ومهم بالنسبة للبشر أيضا. بينما نحن لا نملك المعلومات المشابهة بالنسبة للبشر لأنه من الواضح ان هناك أسباب أخلاقية وإنسانية وعملية لعدم استطاعتنا تربية أطفال من اجل اجراء التجارب عليهم علميا. أخصائيو العلاج للمشاكل الجنسية يعلقون دائما على كثرة المعانون من مشاكل الاختلال الوظيفي الجنسي للذين ينشأون في بيوت قمعية ومتزمتة. فالتعلم (الاكتساب) هو من الواضح عامل في في اختيار الإنسان لشريكه الجنسي. كما يظهر في المقاييس المتعددة للجاذبية من مجتمع الى اخر. وحتى في بعض الأحيان في المجتمع نفسه (Brannon & Feist, 2004).

6: 3: 5 العوامل الادراكية (المدركة):

حيث ان الإنسان مخلوق يفكر، فانه ليس من المستغرب ان طريقة تفكيرنا تؤثر على طريقة تصرفنا جنسيا وغيره من التصرفات. فعلى سبيل المثال هناك طرازان من الشخصيات المنفتح والمنطوي يظهر انهم يفكرون بطرق مختلفة في اشياء متعددة. فالمنفتح يحب التغيير والتنوع ويحب ان يكون مع اشخاص آخرين ويميل الى التصرف باندفاع وتهور. بينما المنطوي يفضل الاشياء المعهودة يحب الوحدة ويكون متأملا (يتأمل). ففي دراسة للطلاب الانجليز (Gewirtz, 1999) وجد ان المنفتحون يتلاطفون اكثر ويقومون بعمليات جماع جنسي اكثر وجربوا اوضاع وطرق جنسية اكثر من المنطوين وكانوا مشبعين ومرتاحين اكثر من تجاربهم الجنسية. آيزنك اقترح ان

المنطوين يمكن ان يكبتوا شعورا بالذنب. باحثون آخرون اظهروا ان البشر عامة يصاحبون الاثارة الجنسية بالشعور بالذنب. ولذلك هم يميلون اكثر الى ان يوصفوا حالات الاثارة الجنسية كشيء مقرف او مغثي.

6: 4 الشذوذ الجنسي:

ما الذي يجعل الناس ينجذبون الى شخص من الجنس الاخر او من نفس الجنس؟ عدد كبير من البحوث قد تم الجواب عن هذا السؤال فان لدينا الكثير من الفرضيات. لكن ليس هناك جواب محدد فان الاثنين الذين ينجذبان للجنس الاخر او الشواذ (الذين ينجذبون لنفس الجنس) يظهرون تجاوبا عضويا مشابها خلال مرحلة الاثارة الجنسية ويثارون (يتحفزون)جنسيا بنفس حوافز اللمس. وهناك دراسات على مستوى كبير بينت ان الشواذ جنسيا يتصرفون بطريقة مشابهة للاشخاص الطبيعيين (ذكور واناث) الفرق الرئيس هو جنس الشريك. عدد من الفرضيات قد تم تقديمها لتفسير وجود الشذوذ الجنسي الاقدم هي ان الشذوذ نوع من المرض العقلي (Carson, et .al., 2003)

في دراسة كلاسيكية لهوكرعام 1957 لم يجد أي دليل لدعم هذا الزعم نتيجة لذلك حصلت جمعية الاطباء النفسيين الامريكية بالتوقف عن تصنيف الشذوذ كمرض عقلي او اضطراب عقلي. الجمعية (1980) اعتبرت الشذوذ كاضطراب او مرض فقط للذين يحاولون ان يصبحوا طبيعيين ويتخلصوا من الشذوذ (Rathus, 2002).

النظريات الاخرى تشمل على عامل جيني بسبب عدم توازن في الهرمونات المفرزة في الجسم او مجموعة من العوامل العائلية مثل ام مسيطرة واب ضعيف الشخصية او عملية تعلم عرضية (بالصدفة) ومن خلالها شخص يافع يغويه ويغريه شخص من نفس الجنس ثم يفضل الشذوذ الجنسي بعد ذلك. ولحد الان ليس هناك شيء يدعم علميا الفرضيتين الاخيرتين. وفقط بعض الادلة غير النهائية.

وبالنسبة للفرضية الخامسة فهناك على الارجح عدة اسباب مختلفة تجعل شخصا ما يصبح شاذا جنسيا وهو تداخل وتفاعل عوامل هرمونية وبيئية مختلفة بطريقة حاسمة (فعالة) هذه الفرضية تبدو وكأنها جمعت اكثر كمية من الدعم.

6: 4: 1 وجهات نظر حول الهوية الجنسية واكتساب أدوار الجنس:

لقد تأثرت بحوث النمو الخلقي والجنسي بعدد من النظريات السيكولوجية من أبرزها نظريات التحليل النفسي والنظرية السلوكية أو التعلم الاجتماعي ونظريات النمو المعرفية. وبالنظر إلى تلك النظريات. نرى ان فرويد مثلا ربط بين الغرائز الجنسية وبين الحاجات الانفعالية. وعالج النمو الخلقي في إطار مبدأ اللذة. وفكرة الإثم. وأكدت نظرية التعلم على أهمية الحاجات البيولوجية وإشباعها. واعتقد أصحاب نظريات التعلم ان النمذجة والاستجابات السلوكية المتعلمة هي التي تحدد النمو الخلقي والاجتماعي (Aronfreed, 1998).

فقد ربطت نظرية التحليل النفسي Psychoanalytic theory بين الغرائز الجنسية وبين الحاجات الانفعالية. وعالجت موضوع النمو الخلقي في إطار مبدأ اللذة. فالأنا العليا الذي يمثل معايير الراشدين. ينمو من خلال التوحد Identification مع الوالد من نفس الجنس وان المجتمع يضمن بقاءه من خلال التقمص او التوحد الذاتي بفرض معاييره على الفرد الذي ينقل هذه المعايير إلى الجيل الذي يليه. فكل من الأولاد والبنات الذين يتوحدون مع الوالد من نفس الجنس بسبب الخوف أو القلق على السلوك (فقدان الحب أو العدوانية). (Papalia & Olds , 2006)

وطبقا لنظرية التعلم الاجتماعي Social learning theory . فان السلوك. الأخلاقي مكتسب من خلال الآليات الكثيرة من السلوكيات. وهي التعلم (Gewirtz, 1999). او النمذجة والتقليد الأخلاقي. ويرى أصحاب نظريات التعلم الاجتماعي ان مفهوم التحليل النفسي للتوحد مطابق لمفهوم نظرية التعلم الاجتماعي بشأن التقليد. وان التوحد يحدث عندما يطابق سلوك الشخص سلوك النموذج. وطبقا لنظريات التعلم الاجتماعي. فان التوحد والتقمص هما عملية مستمرة لاكتساب الاستجابات وتعديلها. وان الاطفال يتعلمون ادوارهم الاجتماعية بنفس الطريقة التي يتعلمون بها السلوكات الأخرى. وذلك من خلال الملاحظة تقليد النماذج. وعادة ما يكون الوالد من نفس الجنس أحد هذه النماذج. ونظرية التعلم الاجتماعي مثلها مثل نظرية التحليل النفسي تؤكد على دور الوالدين او غيرهما من النماذج في هذا التعلم فالوالدان يعلمان ويقدمان النموذج لسلوك ذريتهما.

وميز بياجيه بين أربع مراحل رئيسية يمر بها تفكير الطفل منذ ولادته حتى اكتمال نضجه العقلي المعرفي هي (ملحم، 2012):

- **المرحلة الأولى:** وهي المرحلة الحسية الحركية. وتمتد منذ الميلاد وحتى سن السنتين تقريبا وفيها يكتسب الطفل بعض المهارات والتوافقات السلوكية البسيطة عن طريق تفاعل منعكساته الفطرية مع البيئة الخارجية.

- **المرحلة الثانية:** وهي مرحلة ما قبل العمليات (التفكير الرمزي) وتمتد من سن الثانية حتى سن السابعة من العمر. وفي هذه المرحلة يبدأ ظهور مجموعة من التغيرات الهامة في تفكير الطفل وسلوكه. ويبدأ بتعلم اللغة. وتكوين الأفكار البسيطة والصور الذهنية ويتحول تفكير الطفل تدريجيا من صورته الحسية الحركية. الى صورة التفكير الرمزي.

- **المرحلة الثالثة:** وفي هذه المرحلة التي تمتد من سن السابعة وحتى سن الحادية عشرة تقريبا. يبدأ الطفل يفكر تفكيرا شبيها بتفكير الراشد. ويبدأ بالتحرر من التمركز حول ذاته ويأخذ في اعتباره وجهة نظر الآخرين. ولكن على الرغم من انه في هذه المرحلة يدرك العالم بشكل موضوعي ويفكر بمنطق الراشدين. الا ان تفكيره لا يزال مختلفا عن تفكير الراشدين. فهو تفكير عياني او محسوس وغير مجرد.

- **المرحلة الرابعة:** وهي مرحلة العمليات الشكلية (الذكاء المجرد) التي تمتد ما بين الحادية عشرة والخامسة عشرة من العمر. وفيها تنمو قدرة المراهق على التفكير المجرد ويصل إلى مستوى تفكير الراشدين في النهاية.

وتحدث بياجيه عن التغيرات التي تحدث في تفكير الطفل عبر المراحل المختلفة مشيرا إلى إنها ليست تغيرات كمية فحسب وانما هي في الأساس تغيرات كيفية بمعنى أن الأبنية العقلية في مرحلة نمو معينة تختلف اختلافا نوعيا عن المرحلة السابقة لها وتلك التي تتلوها. ومع ذلك، فالمراحل من النوع التجميعي (التراكمي) بمعنى أن الأبنية التي تكونت في مرحلة عمرية معينة. لا تختفي أو تزول نهائيا لتحل محلها أبنية جديدة تماما. وانما تدخل كجزء مكون للأبنية الجديدة.

وقدم كل من بك وهافجهرست تصورهما عن مراحل النمو الخلقي في كتابيهما سيكولوجية نمو الخلق الذي نشر عام 1960. وافترضا في دراستهما وجود خمسة أنماط من الخلق تتابعا مع نمو الفرد وهي (ملحم، 2012):

- **الحياد الأخلاقي في الطفولة A moral in infancy:** في هذه المرحلة يرى الطفل الناس الآخرين كوسائل لإشباع الذات. يكون الطفل متمركزا تماما حول ذاته. لا يعرف المبادئ الأخلاقية ولا الضمير. إنها صورة رضيع لم يبدأ في التطبيع بعد.

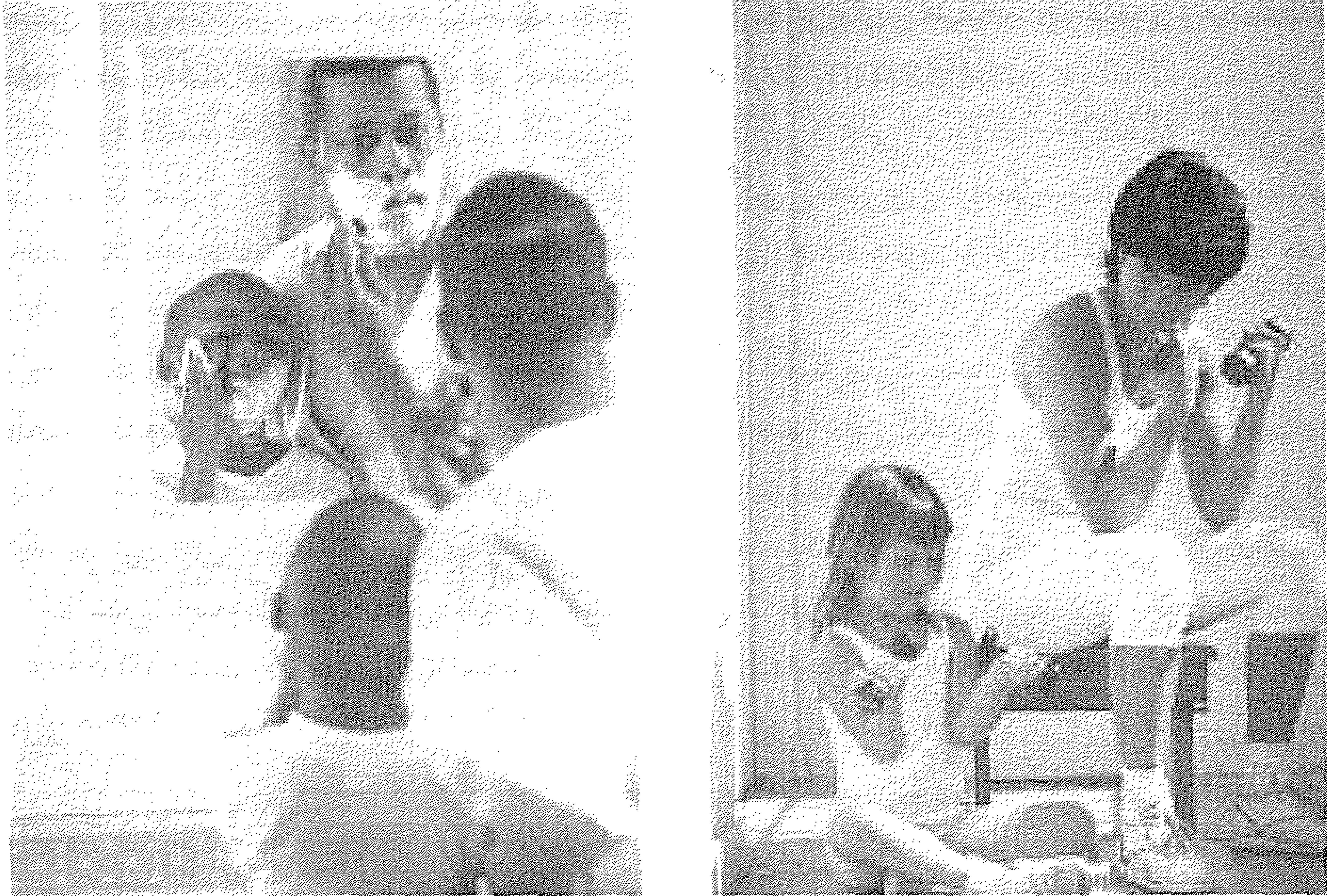
- **الوسيلة في الطفولة المبكرة Expedient in early childhood:** يميل الطفل في هذه المرحلة لأن يعمل وفقا لتقاليد المجتمع ولكن لكي يتجنب العقاب ويحصل على الثواب فقط. والطفل في هذه المرحلة لا يهتم بخير الناس الآخرين. إلا إذا كان في صالحه. ويكون الطفل متمركزا حول ذاته. وأخلاقياته غير ثابتة طالما ان مبرر محافظته على القواعد مرتبط بحصوله على ميزة أو مكافأة.

- **المسايرة في الطفولة المتأخرة Conformity in late childhood:** الشخص المساير هو الذي يتبع ما هو سائد من قواعد السلوك. ويكون للطفل اتجاه ثابت نحو الصواب والخطأ دون الرجوع إلى الالتزام بمبدأ أخلاقي عام. وانما الالتزام بما هو سائد في المجتمع.

- **الضمير اللاعقلاني Irrational conscientious في الطفولة المتأخرة:** وهذا يحكم الطفل على المواقف وفقا لمعاييره الداخلية او الذاتية عن الصواب والخطأ. مع اهتمام ضئيل بما اذا كان الناس من حوله يوافقون على تصرفه ام لا.

- **الغيرية العقلانية Rational altruistic في المراهقة:** وتمثل هذه المرحلة أعلى مرحلة للنضج الخلقي في تصور بك وهافجهرست. وهؤلاء الذين يسلكون على هذا النحو ليست لديهم مجموعة ثابتة من المبادئ الأخلاقية وانما هم أيضا يطبقونها بموضوعية في ضوء ما إذا كانت نتائج الفعل المعين ضارة او نافعة بالنسبة للآخرين. (Miller, 1993)

- وتعتبر نظرية لورنس كولبرج Lawrence Kolberg (1927 - 1987) أحدث النظريات النمائية الخلقية ونمو التفكير الخلقي بشكل خاص. كما أنها تعتبر اكثر النظريات ثراء من حيث استثارتها للبحث في التفكير الخلقي. ويرى كولبرج ان تعلم الاطفال لهويتهم الجنسية لا يعتمد على الكبار كنماذج او كعوامل للثواب العقاب. وانما يقوم الاطفال انفسهم بتصنيف أنفسهم والآخرين كذكور أو اناث ومن ثم ينظمون سلوكاتهم بما يتسق هذا التصنيف. وبالتالي يتبنن السلوكيات التي تناسب جنسهم.



يعتقد كلبرج ان النمو الجنسي لدى الفرد يسير عبر عدة مراحل تتمل في الآتي (الريماوي، 2004):

- لا **يستخدم** الأطفال السلوك المميز للجنس قبل سن الثانية لتصنيف انفسهم او الآخرين. فتارة يشيرون الى انفسهم على انهم اناث تارة اخرى ذكور. ولا يكن لديهم في تلك المرحلة فهم عن ان لدى الفرد خاصية جنسية لا تتغير.
- **مرحلة الهوية الجنسية**: تبدأ في السنة الثانية من العمر حيث يبدأ الاطفال تسمية انفسهم على اساس الخصائص الجسمية كذكور او اناث وليس الجنس. فيقولون هذا ذكر لأن شعره قصير ويضع ربطة عنق. تلك انثى لأن شعرها طويل وتلبس التنورة... الخ.
- **مرحلة استقرار الهوية الجنسية**: تبدأ هذه المرحلة في سن الرابعة من العمر بحيث يفهم الطفل في هذه المرحلة ان الشخص الذي اعتبر ذكرا يبقى كذلك طول العمر. والبنات يكبرن ليصبحن امهات في المستقبل. الا انهم لا يدركون ان الجنس ثابت عبر المواقف.

- **مرحلة ثبات الهوية الجنسية:** في سن الخامسة يدرك الطفل ان الجنس ثابت عبر الزمن والمواقف. وان الجنس لن يتغير بتغير الملبس او النشاط الذي يقدمه.

وطورت ساندرا بيم نظريتها المعرفية الاجتماعية حول الجنس الهوية الجنسية عام 1983 ضمنتها انماطا معرفية منتظمة من السلوك تساعد الطفل في تصنيف المعلومات. وتمثل السكيما احد انماط السلوك المتسق مع الجنس وان اكتساب هذا الاتجاه يعتمد الى حد ما على نشوء السكيما الجنسية التي تمثل اطرا مرجعية معرفية تعكس خبرات الاطفال المتصلة بالمعتقدات الاجتماعية المتعلقة بصفات الذكور والاناث مثل تعليمات الوالدين وملاحظاتهم المتعلقة بتصرفات الذكور والاناث في مجتمعهم (Baron, 2005)

وعندما تتشكل السكيمات فانها تبدأ بالتأثير على معالجة الاطفال للكثير من انماط المعلومات الاجتماعية. فبعض الاطفال الذين يتميزون باسكيمات راسخة يميلون الى تصنيف سلوك الاخرين على انه اما ذكري او انثوي. وان استدعاء السلوكيات المتسقة مع سكيماتهم يكون اسهل بالنسبة اليهم.

وتشير هذه النظرية الى انه يمكن تعديل السكيمات الجنسية خاصة عندما يقوم الراشدون بتعليم اطفالهم سكيمات اخرى جديدة عوضا عن تلك التي تعزز الدور الجنسي التقليدي وذلك من خلال (الريماوي، 2004): مشاركة الآباء في الاعمال المنزلية، وتقديم هدايا غير تقليدية (مثل دمي للذكور وشاحنات للاناث). والتمييز بين الرجال والنساء على الخصائص التشريحية والانجابية بدلا من الملابس.

وقد بينت الدراسات والبحوث التي اجريت حول نظرية بيم هذه الى ان الافراد الاندروجينيين يسجلون علامات اعلى مقاييس تقدير الذات من الافراد المنمطين جنسيا بشدة. كما بينت الدراسات وجود فروق قليلة بين كل من الاندروجينين والنمط الذكري على مقاييس تقدير الذات ذلك ان الخصائص الذكرية تحتل عادة المكانة الاعلى لدى معظم المجتمعات من الخصائص الانثوية.

6: 5 مراحل النمو الجنسي:

يلاحظ على الوليد كبر حجم اعضاءه التناسلية بالنسبة لحجم الجسم. ويتحدث علماء النفس الذين ينتمون الى مدرسة التحليل النفسي عن الجنسية الطفلية Infantile sexuality ويقولون ان الطاقة الجنسية تكون موجودة عند ولادة الطفل ولكنها تكون في حالة كمون. وان اللذة الجنسية مثل الشعور العام باللذة والدفء والراحة الجسمية تكون هامة بالنسبة للوليد. ويكون اشتقاق اللذة مركز في الفم (المرحلة الفمية Oral stage) حيث يشتق الوليد اللذة كل اللذة من مص ثدي أمه او اصبعه او حتى ملابسه.

يتركز النمو الجنسي للرضيع في ذاته. ومع وصول الرضيع الى النصف الثاني من عامه الاول يتزايد اهتمامه بجسمه نتيجة حب الاستطلاع لديه وزيادة مهارته في استخدام يديه وميلاد الوعي بالذات. ويرى علماء التحليل النفسي ان المشاعر الجنسية والاتجاهات الجنسية رغم انها تستثار بشكل واضح وملموس في فترة المراهقة. الا ان جذورها ترسخ في الشهور والسنوات الاولى من حياة الفرد.

ويتركز الاهتمام في هذه المرحلة حول الفم (المرحلة الفمية Oral stage) والشرج واللعب بالاعضاء التناسلية. يصاحبها اشتقاق لذة من عملية الاخراج او الاحتفاظ بافرازاته داخل جسمه (المرحلة الشرجية Anal stage). ويلاحظ ايضا حب الاستطلاع لأعضاء جسمه فيبدأ باستكشافها واحدا واحدا ويشتق لذة وقتية عابرة من لمسها وحكها. وقد تقوم الام بتهييج هذه المناطق عن طريق توجيه النظافة الزائدة اليها. وقد تكون الملابس الضيقة وحموضة البول سببا في ذلك. كما يلاحظ ايضا ان الرضيع عند فطامه. يحاول البحث عن بديل حسي للثدي مما يؤدي الى مص الاصابع. وفي عامه الثاني يقوم الرضيع بالجري عاريا عند محاولة الام تغيير ملابسه. ويرى علماء التحليل النفسي في هذا الصدد ان الانحراف الجنسي في الكبر يرتبط بنوع معاملة الرضيع في هذه السن فيما يتعلق بسلوكه الجنسي.(Berk, 2002)

ويطرد النمو الجنسي خطوات جديدة في مرحلة الطفولة المبكرة. ويلاحظ الفضول وحب الاستطلاع الجنسي ويصبح الاهتمام الجنسي ومركز اللذة مركزا في الجهاز التناسلي لدى الجنسين ولذلك، يطلق علماء التحليل النفسي على هذه المرحلة بالمرحلة القضيبية . Phallic stage. وفي هذه المرحلة يلاحظ كثرة الاسئلة الجنسية والفروق بين الذكور والاناث وكيف يولد الاطفال ومن اين يأتون. ويكثر الطفل من اللعب الجنسي وتشير الدراسات في هذا الصدد بأن الاطفال الذين يكثرون من اللعب بالاعضاء التناسلية هم الاطفال الذين يفتقرون الى الراحة والعطف والحب. ويؤدي نقص المعلومات او المعلومات الخاطئة التي يقدمها الوالدان الى الطفل الى نتائج سلبية من ابرزها (زهران، 2005):

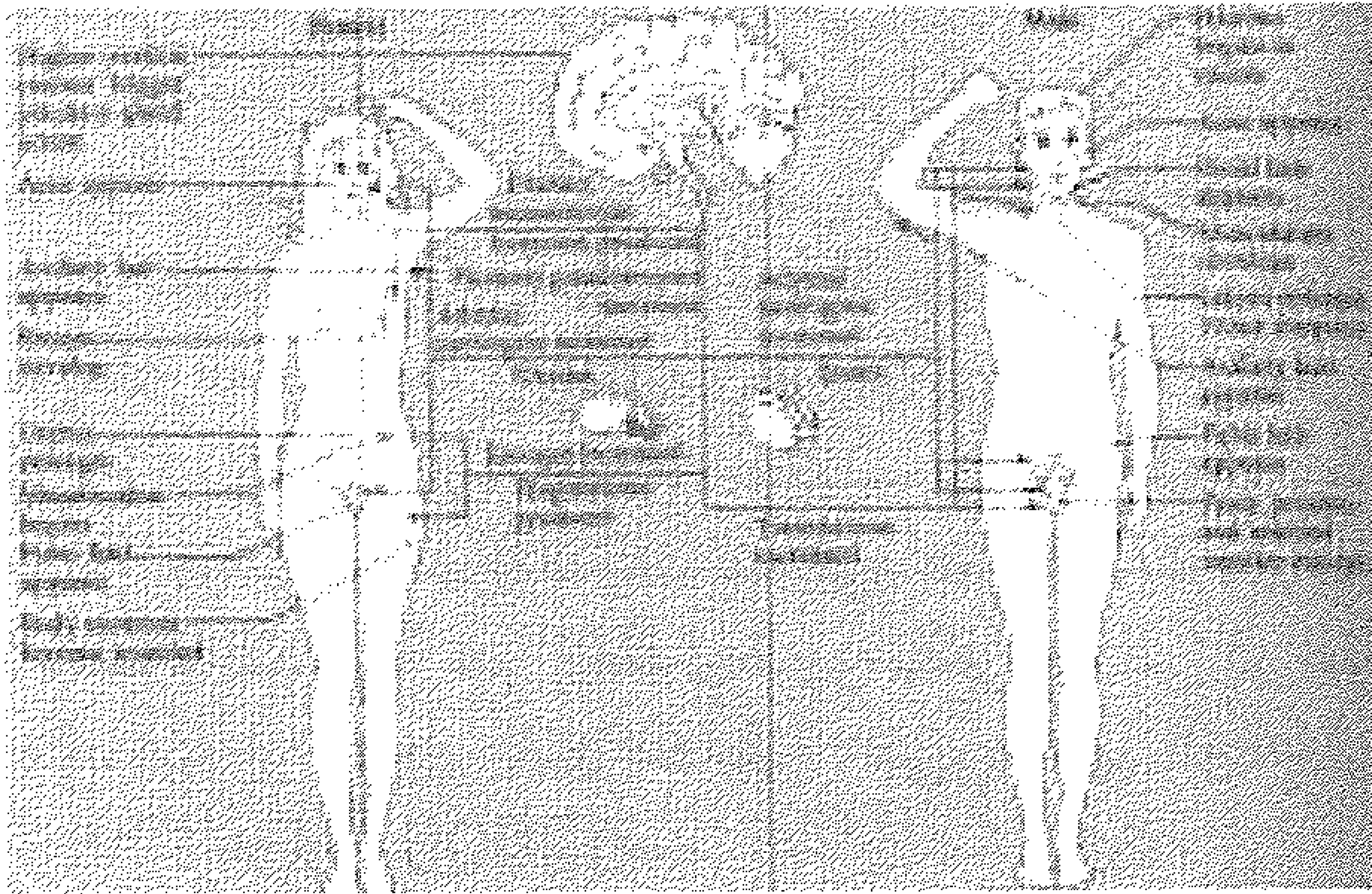
- الربط بين العملية الجنسية وبين الاثم والذنب والخطيئة
- السعي الحثيث للحصول على اي معلومات ومن اي مصدر.
- سوء التوافق الجنسي مستقبلا
- التلذذ من سماع الاغاني والنكت الجنسية ومشاهدة الصور والافلام الجنسية.



وتعد مرحلة الطفولة المتوسطة مرحلة كمون سابقة للبلوغ الجنسي في مرحلة المراهقة. ولأجل ذلك، فانه يجب مراقبة الاطفال في هذه السن. خاصة من الافراد الأكبر سنا والمنحرفين أو الشواذ جنسيا. وعلى الوالدين اشعار الطفل

بالطمأنينة والاجابة عن الاستفسارات التي قد يطرحها وتزويده بكل المعلومات والحقائق الضرورية التي يسأل عنها.

كما يلاحظ على اطفال هذه السن اهتمام قليل بقضايا الجنس فهم في حقيقة الأمر يكونون اكثر انشغالا بالنشاطات الاجتماعية والتربوية. وبالتالي يبتعدون قليلا عن قضايا الجنس. هذا بالاضافة الى بطء نمو الاعضاء الجنسية في هذه المرحلة مقارنة بنمو بقية اعضاء الجسم الأخرى. ومع ذلك فان هذه المرحلة من النمو تشهد حب الاستطلاع الجنسي حيث يصر الاطفال على استطلاع الجسم ووظائفه ومعرفة الفروق بين الجنسين. ويلاحظ على بعض الاطفال ميلهم نحو اللعب الجنسي. بينما نجد العديد منهم يضطر تحت ضغط الآباء والمدرسين الى كبت رغباته الجنسية. مما يؤدي مع مرور الوقت الى حدوث انحراف جنسي.



وتعد مرحلة الطفولة المتأخرة مرحلة ما قبل البلوغ الجنسي او مرحلة ما قبل المراهقة. والتي أولى المفكرون عناية خاصة في تلك المرحلة بالنظر الى اهميتها الخاصة في تطور شخصية الفرد وتوازنه. وقد وجه الباحثون انظار أولياء الامور والمربين نحو القيام بواجباته نحو التربية الجنسية لطفل هذه المرحلة وملاحظة اي نوع من الاضطرابات الجنسية التي قد تظهر على الاطفال وعلاجها مبكرا. والعمل على اعتبار النمو الجنسي جزءا عاديا من حياة الطفل نفسه. وليس امرا شاذا او قبيحا. وتجنيب الطفل اي نوع من الشعور بالاثم او الخطيئة. وكذلك الاعداد التربوي السليم لطفل هذه المرحلة. ويكون الاهتمام الجنسي بالنسبة لطفل هذه المرحلة كامنا. وموجها نحو نفس الجنس. ويعود الطفل الى توجيه اسئلته حول الولادة والجنس والجماع. ولكن في مستويات ارقى من ذي قبل. وقد يحدث التجريب الجنسي بين الاطفال من نفس الجنس. وقد يكون ذلك عن طريق عرض الاعضاء التناسلية على بعضهم البعض. وادراك مدى التشابه او الاختلاف فيما بينهم.

وفي مرحلة المراهقة يتضاءل السلوك الطفلي. وتبدأ المظاهر الجسمية والفيزيولوجية والعقلية والانفعالية والاجتماعية المميزة للمراهقة في الظهور. وتتغير وظائف جميع أجهزة الجسم بدرجات متفاوتة. لكن التغير البارز في هذه المرحلة هو حدوث البلوغ الجنسي. الذي يعتبر بمثابة الميلاد الجنسي او اليقظة الجنسية للشخص. يسبقه فترة نمو جسمي سريع خاصة في الطول. كما يلاحظ نمو حجم القلب بنسبة أكبر من نمو الاوردة والشرايين، ويزداد ضغط الدم، وتنمو المعدة وتتسع لسد حاجة الجسم النامي، وتنمو اعضاء الجهاز الهضمي بنفس النسبة تقريبا. ويتذبذب التمثيل الغذائي بما يؤدي الى زيادة الشهية للأكل عند المراهق.

أ - البلوغ الجنسي Puberty:

يعتبر البلوغ الجنسي نقطة تحول وعلامة انتقال من الطفولة الى المراهقة. ويتحدد هذا البلوغ عند الذكور بحدوث أول قذف منوي وظهور الخصائص الجنسية الثانوية. اما عند الاناث فيتحدد بحدوث اول حيض وظهور الخصائص الثانوية. وتنضج الغدد الجنسية في الفترة العمرية ما بين سن: 13 – 14 سنة (Schickedanz, et, al.; 2003).

كما تنمو الغدد والاعضاء التناسلية. ويلاحظ أهمية الغدة النخامية Pituitry gland الموجودة في أسفل المخ والتي تستثير هرموناتها المشاعر الجنسية والدورة الجنسية. فتستثير الخصيتين عند الذكور والمبيضين عند الاناث في العمل والنشاط. وتؤثر كذلك الغدة الكظرية أو فوق الكلوية Suprarcnal gland خاصة القشرة بهرموناتها في النمو الجنسي. ويسبب زيادة افرازاتها زيادة واسراع النمو الجنسي. ويلاحظ ايضا ضمور الغدة التيموسية Thymus gland التي تقع في التجويف الصدري. ويسبب نقص افرازها البكور الجنسي (اي النمو الجنسي السريع).بالاضافة الى عوامل أخرى مثل سرعة النمو الفيزيولوجي الحيوي، والنمو السريع الزائد للغدد خاصة الغدة النخامية. أما القصور في افراز الغدد فانه يسبب تأخرا في النمو الجنسي لدى الفرد.

ب - التوافق في سن البلوغ عند الذكور والاناث:

لقد ساد الاعتقاد في الماضي لفترات طويلة انه توجد فروق بين الافراد منذ الولادة وانه من الطبيعي تقسيم الافراد الى نساء ورجال وفقا لخصائص معينة كالعدوانية والنشاط والسيطرة تأكيد الذات وحل المشكلة. ما الى ذلك. وبالنسبة للفروق الجسدية بين الجنسين فهي واضحة تماما ويستحيل طمس تلك الفروق. الا ان هذا الوضع يختلف بالنسبة للفروق السيكولوجية وذلك لتأثرها بالمضمون الثقافي/ الاجتماعي الذي ينشأ الفرد في اطاره (Kail, 1998)

ويشير عدد من الباحثين (Nevid, et al.; 2003) في هذا الصدد الى عدد من الملاحظات حول التوافق في سن البلوغ الجنسي عند الذكور والاناث من ابرزها: تأثير افرازات الغدد من الهرمونات على جسم المراهق. وان هناك فروقا واضحة في كل من السلوك الاجتماعي والتكيف السيكولوجي والقدرات العقلية.

فالاناث اللواتي يبلغن مبكرا يملن الى: الخجل مع الميل للاستعراض، والانعزال عن جماعة رفاق السن وسوء التوافق الاجتماعي، والحاجة الى اشراف خاص من الكبار بخصوص نشاطهن الجنسي، والتقدم من الناحية الاجتماعية عن الاناث الأخريات عندما ينضجن جميعا، والتفوق على الذكور في القدرة اللفظية بينما يتفوق الذكور على الاناث في القدرة الرياضية والقدرة المكانية. لكن هذا التفوق يبدأ بالتضاؤل مع التقدم في العمر (Papalia & Olds, 2006)، ومستوى من التوافق اعلى من مستوى المتأخرات خاصة ما يتعلق منها بكل من التوافق الشخصي والاسري، مع صعوبة الحياة في مستوى النضج الذي يتوقعه منهن الكبار. واظهار مهارة اعلى من الرجال في تمييز انفعالات

الاخرين من الاشارات غير اللفظية. كتعبيرات الوجه ولغة الجسد. والتعبير عن مشاعرهن بطريقة غير لفظية أفضل مما يظهره الذكور. وتكوين مفهوم أفضل للذات.

بينما تميل الاناث اللواتي يبلغن متأخرا الى: الانعزال عن النشاط الاجتماعي. والشعور بالوحدة وحسد قريناتهن، والخجل والقلق بسبب تأخر البلوغ، وسيطرة الوالدين عليهن مما يؤخر انتقالهن من الاعتمادية الى الاستقلال يصاحبه ضعف العلاقة مع الوالدين، ونمو مفهوم الذات بدرجة اقل كفاية، والمعاناة من الاكتئاب اكثر من الذكور (Baron & Kalsher, 2005)، وكذلك المعاناة من الاضطرابات السيكولوجية المرتبطة بالرشاقة والجاذبية اكثر من الذكور. (Lahey , 2007) بالرغم من ان عدم الرضا عن المظهر الخارجي يصيب الجنسين معا. لكن الاناث اكثر معاناة من الذكور في هذا الجانب. (Crawford & Unger, 2000) ، ومن اعراض الحزن وفقدان الطاقة وفقدان الاحساس بالمتعة في النشاطات التي تعتبر عادة ممتعة اكثر من الذكور، والاصابة باضطرابات الاكل مثل الانركسيا والبيوليميا Anerexia nervosa & Bulimia اكثر من الذكور (Damon, 1998) وقد اوضحت الدراسات في هذا المجال الى ان اكثر من 95% من النساء يعانين من اضطرابات الاكل. (Crawford & Unger, 2000)، والمشاركة في الاستفزازات القوية ونشر الشائعات حول الاخرين اكثر من الذكور ، والحاجة الى خبرات النجاح في أي ناحية يستطعن تحقيق نجاح فيها، والى الاعتراف والتقدير.

أما الذكور الذين يبلغون مبكرا فانهم يتميزون بحجم اكبر للدماغ بنسبة 12 – 20 % من الحجم الكلي لدماغ الاناث. وفي محيط الرأس يزيد 2% عن الاناث. وينمو النصف الكروي الايسر من الدماغ بسرعة اكبر من النصف الايمن بينما ينمو النصف الكروي الايمن عند الذكر بسرعة اكبرمن النصف الايسر. وهذه الفروق تلعب دورا اكبر في الانضباطية والتفضيل الرياضي. ووزن الدماغ اكبر منه عند الذكور بينما الاناث يمتلكن جسما جاسئا Corpus Callosum اكبر من الذكور بسبب زيادة في الالياف بنسبة تتراوح ما بين 3 – 10 % مما هو لدى الذكور. وهناك فروق بنائية في الهايبوثلاموس بين الجنسين لصالح الذكور في عدد من مناطقه. وان هناك زيادة في نسبة السيروتونين لدى الاناث مما هو لدى الذكور. وان هذه الزيادة ترتبط بزيادة نسبة الخوف والخجل وانخفاض الثقة في النفس(Sternberg, 2004). كما تنتشر وظائف التفكير في منطقة واسعة من دماغ الاناث مما يقلل من صعوبات التعلم لديهن اكثر من الذكور. (Roediger, et al.; 2004). ويعانون من تقلبات في هرمونات البروجيسترون والاستروجين. فانخفاض هرمون الاستروجين يؤدي الى تحسن في الدرجات على اختبارات الرياضيات والقدرة المكانية. وزيادة افرازات هذا الهرمون تؤدي الى تحسن في المهارات اللغوية والحركات الدقيقة. وتفضيل استخدام الجانب الايسر من الدماغ مقارنة بالذكور. والتفوق في القدرة اللفظية وفي التحليل وحل المشكلات عن الذكر بينما يتفوق الذكور في الرسم التلوين والرياضيات. والسعادة لاتجاه الانظار اليهم وتوليهم أدوارا قيادية. والتعرض للرفض اذا حاولوا الانضمام الى

جماعات أكبر منهم سنا. وصعوبة الحياة في مستوى النضج الذي يتوقعه منهم الكبار. وهم اكثر عدوانية من الاناث خاصة عند الحديث عن العدوان الجسدي على الآخرين. وغياب الاستفزازات القوية الواضحة. ويميلون الى الاستقلال والشعور بالثقة بالنفس والكفاية. وتكوين مفهوم ذات ايجابي للتوافق الاجتماعي والانفعالي..

أما الذكور الذين يبلغون متأخرا فيميلون الى التأخر اجتماعيا ورياضيا عن رفاق سنهم، والخجل والقلق والوعي بالذات. واللجوء الى طرق سلوكية طفلية والسعي لجذب انتباه الآخرين. والحاجة الى خبرات النجاح في أي ناحية يستطيعون تحقيق نجاح فيها. والشعور بالنقص والاعتماد على الآخرين وتكون مفهوم ذات سلبي وسوء توافق اجتماعي وانفعالي.

ج - البلوغ الجنسي عند الاناث:

يبدأ البلوغ الجنسي عند الاناث بين سن 9 – 18 سنة حيث يبدأ الحيض عندما يبدأ انتاج البويضة الناضجة وانتقالها من المبيض عبر قناة البويضات (قناة فالوب) الى الرحم. وعندما لا يتم تلقيحها بالحيوان المنوي تنفجر البويضة وينفصل الغشاء الرحمي المعد لاستقبالها ونموها تبعا لذلك وتنزل في صورة دم احمر قان. يصاحبه بعض الاضطرابات المتعلقة بسوء الهضم وشعور عام بالاعياء والفتور. تتلاشى بالتدريج مع تعود الفتاة على العادة الشهرية تلك. ولا يصاحب الحيض في العادة ألم الا في حالات الضعف الجسمي الواضح عند بعض الفتيات.

وتشير الدراسات المتعلقة بهذا المجال الى ان الاناث الاطول والاثقل والانضج في النمو الهيكلي يبلغن مبكرا عن زميلاتهن الاقصر والابطأ في النمو الهيكلي. بسبب عدد من العوامل المناخية والبيئة الجغرافية.. وكذلك التغذية والظروف البيئية العامة. والجنس البشري الذي تنتمي اليه الفتاة. بالرغم من ان عددا من الدراسات تشير الى بطلان هذا الافتراض. وان هناك فروقا فردية بين الاناث في الاسرة الواحدة.

أما اهم الخصائص الجنسية الثانوية التي تظهر مع السيادة التدريجية للافرازات والهرمونات المنشطة للأنوثة وخاصة الاستروجين Estrogens الذي ينتج المبيض بالاضافة الى هرموناته الرئيسية: الاسترين Estrin والبروجستين Progestin وكميات ضئيلة من التستوستيرون Testosterone (هرمون الذكر الجنسي) نمو الاعضاء التناسلية (قناتي البويضات والرحم والمهبل) واتساع الحوض والردفين واستدارة الفخذين ونمو الصدر والثديين والغدد اللبنية. وظهور شعر العانة، وتحت الابط، وبعض الشعر الخفيف على الذراعين والشفة العليا وخفض وعمق الصوت. (Bernstien, 2004) الا ان قدرة الفتاة على انجاب الاطفال تأتي متأخرة قليلا بعد اول حيض.

د - البلوغ الجنسي عند الذكور:

يبدأ البلوغ الجنسي عند الذكور بين سن: 11 – 18 عندما تنشط الخصيتان وتفرزان الحيوانات المنوية والهرمونات الجنسية. حيث تمتزج الحيوانات المنوية بالسائل المنوي الذي تفرزه البروستاتا. ويتراوح حجمه في المتوسط بين 2 – 4 سم3 وهو سائل

لزج يحتوي على الحيوانات المنوية (من: 3000000000 – 600000000 حيوان منوي في كل قذف).

ويلاحظ عند البلوغ نمو الاعضاء الجنسية بسرعة. يصاحبه السيادة التدريجية للافرازات والهرمونات المنشطة للذكورة (هرمونات الاندروجين Androgens) ويؤدي ذلك الى ظهور الخصائص الثانوية المتمثلة في نمو شعر العانة، ونمو الشارب والذقن، وتحت الابط. وعلى الجسم بصفة عامة. وتغير الصوت ونمو الحنجرة. كما يلاحظ التفاوت في نمو الخصائص الثانوية بين الذكور.

يتجه النمو الجنسي في مرحلة المراهقة المتوسطة نحو النضج. حيث تستمر التغيرات التي حدثت لدى المراهق في المرحلة المبكرة له. ويزداد نبض قلبه بالحب. كما تزداد انفعالاته الجنسية بشدة.. وتوجه نحو الجنس الاخر. كما يكثر المراهق من قراءة الاحاديث والقراءات والمشاهدات الجنسية والشغف والطرب بالنكات ذات الطابع الجنسي.كما يزداد تعرضه للمثيرات الجنسية. مثل المحادثات، والصور، والكتابات، والافلام ذات الطابع الجنسي والملامسة الجنسية. وينتقل المراهق من مرحلة الجنسية المثلية الى الجنسية الغيرية Heterosexuality . فيتجه بسرعة بعاطفته الى اول من يصادف من الجنس الآخر. وتتغير نظرته الى الميول الجنسية، ويصبح شديد الاهتمام بأعضاء الجنس الاخر والحديث عنهم والاطلاع على حياتهم الخاصة والالتقاء بهم والتحدث اليهم والتسامر معهم. وتزداد رغبته الجنسية واهتمامه بالجمال ومفاتن الطرف الاخر والرغبة في جذب انتباه الطرف الاخر له. والمعاكسة وحب الاستطلاع الجنسي. ومحاولة أخذ المواعيد الغرامية من الطرف الاخر. ومع نهاية هذه المرحلة يكون المراهقون من الجنسين قد وصلوا الى مرحلة النضج الجنسي.

ويتأثر النمو الجنسي بعدد من العوامل خاصة ما يتعلق منها بشخصية المراهق نفسه ونوع المجتمع الذي يعيش فيه. والحالة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والاتجاه الديني له. والتكوين النفسي لأفراد الجنس الاخر.

وفي مرحلة المراهقة المتأخرة يكتمل النضج الجنسي لدى المراهق. ويتم تحقيق القدرة على التناسل. وتنمو الجنسية الغيرية ويزداد الارتباط بين الجنسين. كما تزداد المشاعر الجنسية خصوبة وعمقا وتندمج مشاعر الرغبة الجنسية مع الحب والتقدير والرعاية والرفق. ويلاحظ التخفف من الجنسية الذاتية (العادة السرية) بسبب التعلق العاطفي بأحد افراد الجنس الاخر. او الانشغال بالرياضة او النواحي الترفيهية الاخرى. أو بسبب التوجيه والارشاد النفسي والديني. او بسبب الخوف من عواقبها او بسبب الزواج.

ويبحث المراهق في هذه المرحلة عن رفيق يكمل شخصيته ويشبع حاجاته العاطفية ويصبح الدور الجنسي اكثر دقة وتحديدا. فيتجه نحو الزواج والاستقرار العاطفي والاسري.

وتمثل مرحلة الرشد المبكر أكثر الادوار اهمية في حياة المرء. خاصة وانها ترتبط بعملية الزواج والوالدية والانجاب. حيث تقوم المرأة بدور رعاية الاطفال. وتكون الوالدية هي الشغل الشاغل لكل من الرجل والمرأة. ويلاحظ في عصرنا الحاضر. ونظرا

لتعقد الحياة الانسانية وازدياد المشكلات التي يعانون منها في هذا العصر عزوف العديد من الشباب عن الزواج او تأخرهم في البحث عن شريك حياتهم. بينما نرى البعض الآخر وقد أصبح جدا قبل انتهاء مرحلة الرشد المبكر لديهم. ومع ذلك فان هؤلاء الشباب الذين يتأخرون في زواجهم يمارسون هم ايضا دور الوالدية في حياتهم بل ان البعض منهم يستمر في ممارسة دور الوالدية في مرحلة وسط العمر وهي المرحلة الثانية من الرشد.

أ - الزواج والحياة الأسرية:

الأسرة تنظيم اجتماعي يتألف من أب وأم وطفل أو أكثر لكل منهم ادواره ومسؤولياته. ويمكن النظر الى الأسرة من جانبين: الجانب البنيوي الذي يركز على نمط التنظيم الذي يميز هذه الوحدة المجتمعية وعلى تحديد أعضاء هذه الوحدة. وكيفية ارتباطهعم بعضهم ببعض. وطبيعة العلاقات الاجتماعية بينهم. والجانب الوظيفي الذي يركز على انشطتها وعلى الدور الذي تلعبه في حياة افرادها. وتقوم الاسرة بتكوينها الاساسي على عدد من الوظائف الهامة في حياة الفرد: فهي السياق الطبيعي للعلاقات الجنسية الشرعية، والانجاب الشرعي، واساس البنية الاجتماعية ، والمؤسسة المسؤولة عن تطبيع أعضائها، وتنمية دور الرفقة بينهم.

ويمثل الزواج وتكوين الاسرة أحد المؤشرات البارزة في حياة الراشد. ومع الرشد يصبح الانسان مسؤولا عن رعاية وتنشئة وتدريب وتربية الابناء. بعد ان كان هو نفسه مركز الرعاية والتنشئة من قبل الوالدين. وقد كانت الاسرة مثار اهتمام متزايد من قبل علم النفس وعلماء الاجتماع في العصر الحاضر. مفترضين ان الاسرة يمكن تناولها في صورة سلسلة من المراحل لكل منها مهامه النمائية الخاصة. كما تظهر في كل من صراعاته التي يجب مواجهتها. والتي تختلف باختلاف المجتمعات التي تنتمي اليها تلك الاسر.

ويتحدث صادق وابو حطب (1999) عن دورة حياة الاسرة التي تبدأ بزواج الراشد وتنتهي بطلاقه او ترمل أحد الزوجين. وبين هاتين توجد سلسلة من المراحل أشار اليها ايفلين دوفال Duvall في نموذجه المكون من ثمانية مراحل يختلف المدى الزمني لكل منها. وخلال تلك المراحل تنمو الاسرة العادية التي لا تتفكك او التحلل بالطلاق او الانفصال او الهجر. وهذه المراحل هي:

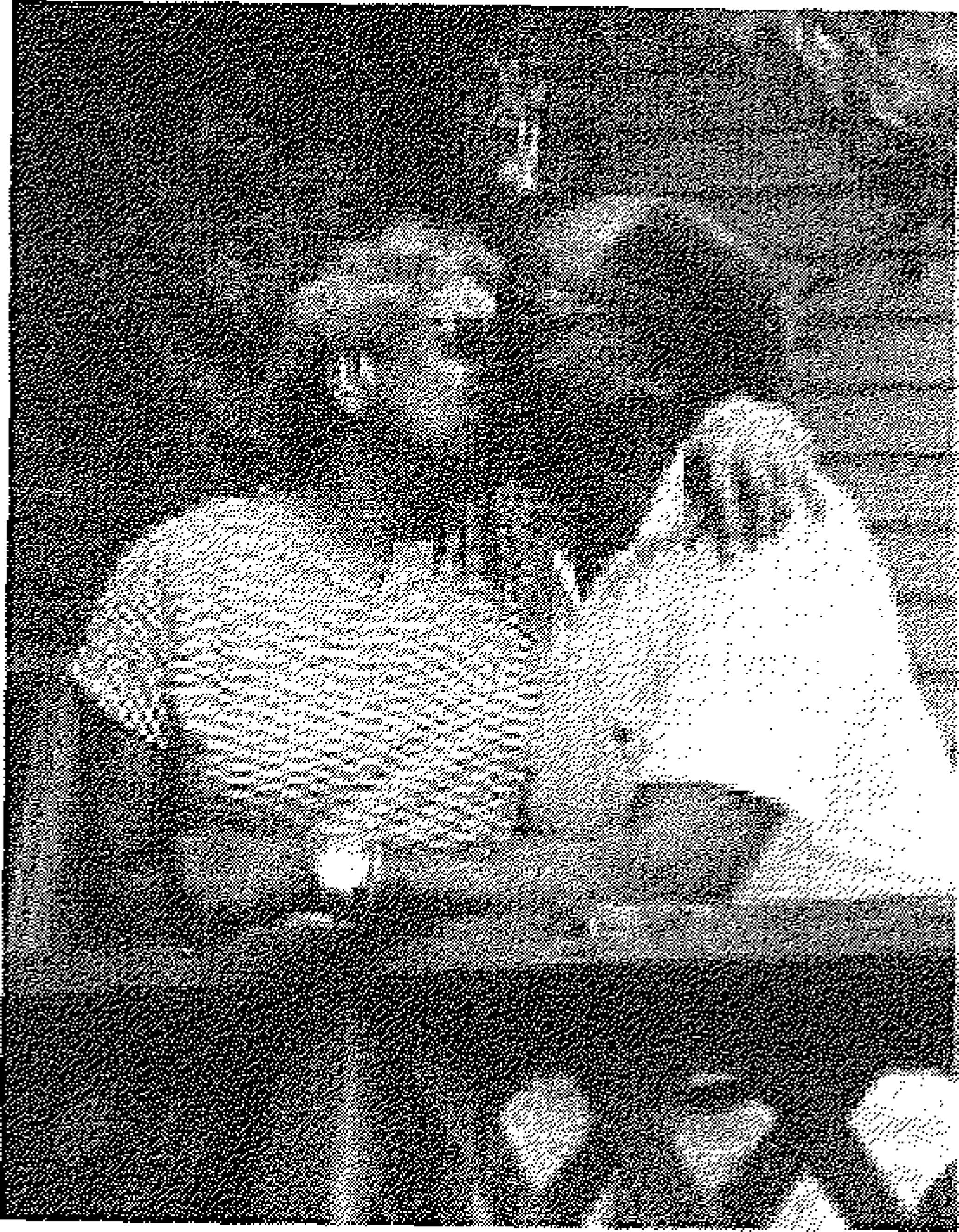
- زوجان فقط بدون أطفال ومتوسط هذه المرحلة سنتان تقريبا
- اسرة ذات أطفال رضع: حيث أكبر الأطفال يمتد عمره من لحظة ولادته حتى سن 30 شهرا من عمره
- اسرة ذات اطفال في سن ما قبل المدرسة: حيث يمتد عمر اكبر الاطفال من سن 30 شهرا حتى سن 6 سنوات
- اسرة ذات اطفال في سن المدرسة: حيث اكبر الاطفال يمتد عمره من 6 سنوات الى 12 سنة
- اسرة ذات ابناء مراهقين وشباب: حيث اكبر الابناء يمتد عمره بين 12 سنة و20 سنة
- اسرة يتخرج فيها راشدون صغار: حيث يبدأ الابناء في الاستقلال

- زوجان في منتصف العمر: من طور العش الخالي وحتى سن التقاعد من العمل
- زوجان مسنان : من سن التقاعد وحتى وفاة أحد الزوجين وترمل الآخر.

الا ان نموذج دوفال قد يتأثر بعوامل متعددة تغير من طول او قصر كل مرحلة فيه. بحسب رؤية الزوجين في النسل المبكر او المتأخر والذي يرتبط هو ايضا بالظروف الحياتية التي يعيشانها معا. كما قد تتناقص ازاء ذلك الفترات الزمنية بين كل مرحلة وأخرى وقد تتناقص عدد المراحل وتختصر بحسب ما يتخذه الزوجان من قرارات في مسيرة حياتهما الزوجية.

ويتحدث الباحثون عن عملية التوافق الزواجي في هذه المرحلة من العمر. وما يصاحب الزوجين من خلاف وصراع وطرق التعامل مع هذا الصراع. ومدى اخلاص الزوجين كل منهما للآخر وكذلك توافق أدوار التوافق الزواجي وتكاملهما بحيث يلعب هذا الجانب دورا حاسما في مدى حب ومودة كل منهما للآخر. وما آلت اليه المرأة في عصرنا الحاضر من توجه نحو العمل. بالنظر لطبيعة الحياة الحاضرة التي استبدلت مكانة المرأة من ربة بيت بمكانة الطالبة او المرأة العاملة مما أحدث مشكلات نفسية أكثر بحيث أتاحت للباحثين اجراء دراسات مستفيضة حول العلاقة بين الادوار الجنسية وأدوار العمل. والتي أظهرت تناقصا واضحا لسيطرة الرجل داخل المنزل (Binger, 2003) .

ولما كان لكل فرد شخصيته المتفردة التي تؤثر في طريقة تناوله للمواقف المختلفة وطريقة التعامل معها. فقد ظهرت مجموعة من الخصائص التي ترتبط بالرضا الزواجي تتمثل في الآتي:



- النضج الانفعالي
- التحكم الذاتي وضبط النفس
- الرغبة في اظهار الأدوار الشخصية لشريك الحياة
- القدرة على اظهار العاطفة والاعتبار نحو الاخرين
- القدرة على معالجة الاحباط والتحكم في الانفعالات
- التقدير العالي للذات
- المرونة.

وفي مرحلة وسط العمر، تطرأ على الفرد تغيرات جوهرية في اعضائه الجنسية والتناسلية. خاصة عند الاناث والتي يطلق عليها سن اليأس Climacteric . وقد ورد في القرآن الكريم قوله تعالى: "واللاتي يئسن من المحيض من نسائكم ان ارتبتم فعدتهن ثلاثة أشهر" (سورة الطلاق، الآية: 4). وهذه التغيرات ترتبط بالنقص في انتاج الهرمونات الجنسية وخاصة هرمون الاستروجين Estrogene الذي يفرزه المبيضان في المرأة والتستوستيرون Testosterone الذي تفرزه الخصيتان في الرجل. بالرغم من أن الغدد الصماء تستمر في اداء وظائفها

خاصة الغدة النخامية التي تؤثر على الاعضاء الجنسية. ومع ذلك فان الغدد الجنسية تكون اقل انتاجية في هذه المرحلة من العمر.

ويبدأ التناقص التدريجي لكل من الاستروجين والبروجستيرون Progesterone في أواخر الثلاثينات وأوائل الاربعينات. مما يساعد على توقف الطمث عند المرأة الذي يستغرق فترة زمنية تمتد من سنتين الى خمس سنوات. وبالتالي، تعجزالمرأة عن الحمل. أما الرجل فان تغيرات واضحة في الاعضاء التناسلية والجنسية تحدث خلال هذه الفترة من العمر. ويشعر الرجال في حوالي سن الخمسين بنقص في هرمون التستيرون. الا ان معدلات النقص تكون اقل قليلا من نقص الاستروجين عند المرأة. وان هذا النقص الهرموني يؤدي الى نقص في عدد الحيوانات المنوية السليمة والنشطة. ويحدث ضمور في حجم الخصيتين وتضخم في البروستاتا.

وتمثل الشيخوخة فقدانا جوهريا او انحرافا سلبيا في القدرة الوظيفية مقارنة بمستويات الشباب الاسوياء. (Wright & Weiss, 2000) وهي حالة يصبح فيها الانحدار في القدرات الوظيفية البدنية والعقلية للفرد واضحة يمكن قياسها ولها آثارها على العمليات التوافقية. ففي سن الخامسة والستين من عمر الانساني ينتشر التلف الحسي والحركي. ويعانون من تدهور وظيفي يؤثر بشكل ملموس على مجمل الوظائف الحيوية. وهنا يبرز الفارق الجوهري في تحول النمو الانساني في الاتجاه العكسي. فبينما كان النمو في المراحل السابقة يتجه نحو التحسن والترقي والتنمية بمعدلات مختلفة. فانه مع بدء الشيخوخة يبدأ التدهور بمعدلات بطيئة في البداية ثم يتسارع هذا المعدل تدريجيا حتى يصل الى أقصاه في طور الشيخوخة (أرذل العمر).

أ - الحياة الجنسية في الشيخوخة:

مما لا شك فيه ان تأثير السن على الحياة الجنسية يظهر واضحا لدى الفرد. كما تتداخل عوامل عديدة في الحياة الجنسية للفرد. فالاستجابة الجنسية للرجل تتضاءل مع التقدم في العمر. وكذلك المرأة.

1 - الحياة الجنسية للذكور:

يمكن تقسيم الوظائف التناسلية للذكر الى ثلاث قطاعات رئيسية هي:

- تكوين الحيوانات المنوية Spermatogenesis
- أداء الفعل الجنسي الذكري
- تنظيم الوظائف الجنسية الذكرية من خلال الهرمونات المختلفة

وتفرز الخصيتان هرمونان هما:

- هرمون الاندروستون androstene –D
- هرمون التستوستيرون Testostrone

وهذان الهرمونان يتكونان في خلايا ليدج التخللية Interstitial cells of leyding والتي تقع بين الانيبيات حاملة البذور Seminiferous tubules ويمكن

اعتبار ان هرمون التستوستيرون هو الهرمون الوحيد المسؤول عن تأثير الذكورة الهرمونية التي تحدثها الخصيتان. بالرغم من وجود هرمونات أخرى للذكورة (Androgens) تفرز من مناطق أخرى بالجسم بالاضافة الى الخصيتين. فالغدة الادرنالية مثلا تفرز خمسة هرمونات على الاقل من الاندروجين. وان كانت كمية هذه الهرمونات قليلة. كما يتم افراز كمية قليلة من هرمونات الانوثة (استروجين Estrogens) في الذكر. ولا زالت مشكلة انتاج هذه الهرمونات غامضة لدى العلماء.

وهرمون التستوسترون Testostrone هو المسؤول بصفة عامة عن الخصائص المميزة لجسم الذكر. ولا يتم افراز هذا الهرمون خلال مرحلة الطفولة حتى سن 10 – 12 سنة تقريبا. وتزداد سرعة انتاج هذا الهرمون عند البلوغ. ويستمر تقريبا حتى بقية العمر. لكنه يتضاءل بسرعة بعد سن الاربعين ويصل الى ادنى مداه في سن الثمانين. وتسبب افرازات التستوستيرون عقب البلوغ تضخم العضو الذكري والصفق والخصيتين عدة مرات حتى سن العشرين. ويعمل التستوستيرون على نمو الخصائص الجنسية الثانوية منذ البلوغ وحتى نهاية النضج. والتي تميز الذكر عن الانثى. ومن بين اهم هذه الخصائص عند الذكر هو ما يحدث من نمو الجهاز العضلي عقب البلوغ. ويكون هذا مصحوبا بتوازن نيتروجيني ايجابي يعزى الى نوع من التأثير الذي يمارسه التستوستيرون على بناء البروتينات وكثير من التغييرات في الجلد التي يحدثها في الاغلب ترسيب البروتينات في الجلد. كما يمكن ان يرجع ما يحدث من تغييرات في الصوت الى دور التستوستيرون في الاحتفاظ بالنيتروجين. ولهذا فان العديد من الباحثين يسمون هذا الهرمون بهرمون الشباب. بسبب تأثيره على الجهاز العضلي. ولذلك، فانه يستخدم في كثير من الحالات في علاج الاشخاص الذين نمت عضلاتهم نموا ضعيف.

وعقب البلوغ تفرز الغدة النخامية للذكر الهرمون الحافز للغد الجنسية Gonadotropic hormone حتى نهاية العمر. كما يستمر تكوين الحيوانات المنوية حتى الوفاة. ومع ذلك فالوظائف الجنسية تبدأ في التناقص ابتداء من سن الاربعين يقابله في ذلك توقف الدورة الشهرية عند الاناث. ويسمى تناقص الوظائف الجنسية عند الذكر بسن اليأس الذكري The make climacteric ويكون مصحوبا في الغالب باعراض من ومضات من الحرورة والشعور بالاختناق Suffocation واضطرابات نفسية شبيهة باعراض سن اليأس عند الاناث.

2 - الحياة الجنسية للأنثى:

تتميز الحياة الجنسية السوية للانثى بتغيرات ايقاعية شهرية في معدلات افراز الهرمونات الجنسية وما يتبع ذلك من تغيرات في الاعضاء الجنسية ذاتها. وهذا ما يسمى بالدورة الجنسية الانثوية. حيث تبلغ مدة الدورة الشهرية 28 يوما في المتوسط. وقد

تتراوح مدتها بين 20 – 45 يوما عند بعض النساء. وتكون في هذه الحالة مصحوبة بتناقض في الخصوبة.

ينتج عن الدورة الجنسية الانثوية عادة تحرر بويضة واحدة من المبيضين كل شهر. بحيث ان جنينا واحدا فقط يمكن ان ينمو في المرة الواحدة. ويتم اعداد الغلاف المبطن لغرس البويضة الملقحة في زمن محدد من الدورة. كما تعتمد الدورة الجنسية اعتمادا تاما على الهرمونات الحافزة للغدد الجنسية Gonadotropic hormones التي يفرزها الفص المقدمي من الغدة النخامية Adenohy pophesis فالمبيضان اللذان لا يتم تنبيههما بواسطة الهرمونات الحافزة للغدد الجنسية يظلان غير نشيطين تماما كما هو الحال في مرحلة الطفولة حيث لا توجد هذه الافرازات الهرمونية تقريبا. أما الهرمونات الجنسية الانثوية فهي هرمونات الاستروجين Estrogens والبروجستيرون Progesterone

تعمل هرمونات الاستروجين على تنشيط ما يتم من التحويرات التي تحدث لخلايا معينة في الجسم. وتكون مسؤولة عن نمو الاعضاء الجنسية ومعظم الخصائص الجنسية الثانوية للأنثى. وتعمل على احداث زيادة في النشاط الخاص ببناء العظام Osteoblastic activity كما ان له تأثير على نمو الهيكل العظمي بحيث يعمل على التئام العظام الطويلة. وهذا التأثير لدى الاناث يكون اقوى بكثير من التأثير الذي يحدثه التستوستيرون في الذكور. ولذلك، فان نمو الانثى عادة ما يتوقف في وقت مبكر قبل الذكر بعدة سنوات. وتشير البحوث هنا الى ان الانثى التي يتم استئصال المبيض لديها ولا يحدث بها انتاج لهرمونات الاستروجين. يزداد نمو طولها عدة بوصات من الأنثى الناضجة السوية. لأن العظام الطويلة لا تلتئم في وقت مبكر تحت تأثير هرمونات الأستروجين.

وتعمل هرمونات الاستروجين على زيادة كمية البروتين الكلي في الجسم. كما تزيد هرمونات الاستروجين من معدل التمثيل الغذائي بشكل طفيف. كما تعمل على زيادة كميات الدهون المختزنة في الانسجة تحت الجلدية. ونتيجة لذلك فان الكثافة الخاصة لجسم الانثى تكون اقل بكثير من الكثافة الخاصة لجسم الذكر الذي يحتوي بروتينا اكثر ودهنيات اقل.

وبالاضافة الى ترسب الدهنيات في الثديين والانسجة تحت الجلدية. فان هرمونات الاستروجين تحدث ترسبا ملموسا للدهنيات في الفخذين والعجز مما يؤدي الى زيادة عرض الحوض. وهو من خصائص الشكل الانثوي. ويجعل الاستروجين الجلد ناعم الملمس طريا واكثر سمكا واكثر احتواء على الاوعية الدموية. يصاحبه زيادة في دفء الجلد. أما البروجستيرون فيهتم بالاعداد النهائي للرحم بغرض الحمل. او اعداد الثديين للرضاعة. وعند حوالي سن 45 – 50 سنة تصبح الدورة الجنسية غير منتظمة ولا تحدث عملية الاباضة Ovulation خلال العديد من تلك الدورات. حتى تتوقف

الدورة بعد سنوات قليلة. بسبب استهلاك المبيضين Burning out (احتراق المبيضين) ومع ذلك فان هرمونات الاستروجين تظل تفرز بكميات قليلة ولمدة قصيرة بعد الدورة الجنسية. الى ان يهبط انتاج المبيضين من هرمونات الاستروجين الى الصفر تقريبا.

يعتبر سن اليأس عند الأنثى The female climacteric الزمن الكلي الذي قد يستمر من عدة شهور الى عدة سنوات والذي تصبح خلاله الدورة الجنسية غير منتظمة. ثم تتوقف تدريجيا. وعلى المرأة عندئذ ان تعيد تكيف حياتها. حيث يؤدي فقدان هرمونات الاستروجين الى حدوث تغيرات فيزيولوجية ملموسة في وظائف الجسم تتضمن ومضات من السخونة تتميز بتورد الجلد. وسهولة الاستثارة وسرعة التعب والقلق.

وعقب توقف الدورة الجنسية عند المرأة. فان مستوى ما تفرزه الغدة النخامية من الهرمون الحافز للغدة الجنسية Gonadotrophin يرتفع بحدة. ويشير الباحثون في هذا الصدد الى ان ذلك يمثل محاولة الغدة النخامية لاعادة عمل مبيض غير مستجيب قد اصابته الشيخوخة.

لقد قام عدد من علماء الشيخوخة باجراء سلسلة من التجارب لمحاولة ازالة نتائج الشيخوخة عن طريق علاج تعويض بالهرمونات. لكنهم حققوا نجاحات ضئيلة في هذا المجال. فبعض التغييرات التركيبية في الغدد الصماء المسنة تماثل التغييرات التركيبية التي تتبع استئصال الغدد الجنسية. ويمكن التخلص من بعض هذه التغيرات بعلاج الكائن بالهرمونات الجنسية في بعض الحالات.

ووفقا للدراسات التي قام بها كنزي Kinsey فان قمة الحياة الجنسية هي في مرحلة المراهقة حيث تصل تكرارات النشاط الجنسي الى اعلى معدل لها. ثم تتناقص بانتظام بعد ذلك. حيث تهبط بشكل خطي تقريبا حتى سن الستين. ويرى ماسترز وجونسون Masters & Johnson أنه مع التقدم في العمر وخاصة بعد سن الستين. يكون هناك بطء في المراحل الاساسية التي تشكل الفعل الجنسي. كما يكون هناك تزايد في طول الفترة الزمنية اللازمة لكي يكون المرء مستعدا مرة اخرى لمعاودة الاتصال الجنسي والتي تسمى فترة المقاومة أو المعاندة Refractory period كما ان اللذة النفسية المشتقة من عملية الانتهاء من الفعل الجنسي قد تصبح معاقة. ويرى ماستر وجونسون ان احد العوامل الهامة في تحديد طبيعة النشاط الجنسي للمسنين هي الظروف البيئية التي يعيشها الذكر خلال سنوات تشكيله جنسيا. اذ عندما يتاح للذكر مستوى عال من التعبير الجنسي خلال سنوات عمره المبكرة. فانه سوف يحتفظ بمستوى عال من النشاط الجنسي في أواسط العمر وسنوات عمره المتقدمة. وبناء عليه، فان معدلات النشاط الجنسي العالية في سنوات العمر المبكرة ترتبط بمعدلات عالية في سنوات العمر المتقدمة (Lefton & Brannon, 2003).

هذا، وقد اشارت نتائج البحوث المتعلقة بالنشاط الجنسي للمسن. & Crawford) (Unger, 2000 أن اي مرض جسمي يسبب الضعف او السقم يمكن ان يتدخل في النشاط الجنسي. وأن الضعف الجنسي غالبا ما يصاحب مرض السكر Diabetes melitus وان فقدان القدرة الجنسية Impotence يمثل أحد الاعراض المبكرة لمرض السكر. ويقال ان القدرة الجنسية تستعاد عادة عندما يتم السيطرة على مرض السكر.

وبالنسبة للاناث، فبالرغم من احتفاظ المرأة بنشاطها الجنسي بصورة أو بأخرى. الا انها تمر بخبرة تكون مؤشرا واضحا على توقف قدرتها على انجاب الاطفال. ويعتبر توقف الدورة الجنسية بمثابة حدث مزعج يؤدي الى الاكتئاب. وكذلك، فان تناقص القدرة الجنسية لدى كل من الرجل والمرأة. وتغير في المظهر لديهما يمكن ان يثر مشكلات خطيرة. وغالبا ما ينزعج الرجال باعتبار ان قدرتهم الجنسية تمثل بالنسبة لهم رمزا للذكورة. أما المرأة فان فقدان جاذبيتها الجنسية قد تهدد مشاعرها بالامن في علاقاتها الزواجية. وان كانت ترحب بتناقص الاهتمام الجنسي لدى شريكها.

6: 6 الاضطرابات الجنسية :

تتضمن الاضطرابات الجنسية الانحرافات الجنسية التي يتم بها اشباع الحالة الجنسية بوسيلة غير وسيلة الجماع الجنسي العادي بين الجنسين المختلفين . كما تتضمن تلك الاضطرابات التي تصاحب الاستثارة والرغبة الجنسية وذروة الجماع الجنسي. ومن أمثلة ذلك: الجنسية المثلية، والاستعراء، والتفرج، وتحول الزي، وحب الأطفال، حب الحيوانات، العنة، اضطرابات القذف، البرود الجنسي، آلام الجماع وانقباض المهبل، الرغبة الجنسية الزائدة.

6: 6: 1 اضطراب الانتصاب عند الذكور (العنة)

عرف الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضطرابات العقلية American psychiatric association (DSM-IV) بأنه عدم قدرة متمكنة او متكررة على تحقيق انتصاب ملائم او استمراره حتى اكتمال النشاط الجنسي. مما يؤدي إلى حدوث مشكلة الانتصاب بكدر ملحوظ او صعوبات تفاعلية. ولا يشخص اضطراب الانتصاب لدى الذكور اذا كانت مشكلات الانتصاب ناتجة عن اضطراب نفسي آخر. مثل الاكتئاب او تعاطي المخدرات او الاثنين معا.

ويعد اضطراب الانتصاب المكتسب لدى الذكور من اكثر الاضطرابات شيوعا الا ان هذا الاضطراب اذا اتسم بالاستمرارية مدى الحياة فانه يكون الاكثر خطورة وصعوبة في العلاج. ويشير الاخصائيون النفسيون الى الامور الاكثر شيوعا لقاء اشخاص يشكون من:

- انهم قادرون على تحقيق انتصاب جزئي غير ان هذا الانتصاب ضعيف للغاية بما لا يسمح بالايلاج.
- انهم يستطيعون الوصول الى انتصاب كامل ولكنهم غير قادرين على مواصلته فترة

كافية تسمح بالايلاج والقذف في المهبل

- يمكنهم تحقيق انتصاب مع شريكة معينة ولكن ليس مع غيرها. ويذكر بعض هؤلاء الرجال ان الانتصاب الكامل ممكن اثناء الاستمناء او عندما يستيقظون من النوم. كما ان بعض الرجال القادرين على تحقيق انتصاب فعال يظلون غير راضين عن مستوى انتصابهم.

ويشير الاخصائيون النفسيون كذلك بأن الرجال الذين يعانون من مشكلات الانتصاب يشعرون بالاحراج والخجل وانعدام الشجاعة والاكتئاب واحيانا يكونون انتحاريين نتيجة لصعوبات الانتصاب لديهم (بارلو، 2002). وأن الرجال عامة سوف يعانون من مصاعب وقتية في الحصول على انتصاب او مواصلته في وقت ما على مدى عمرهم. ويعتبرون هذا الاضطراب مشكلة عابرة ذات مترتبات ضئيلة الا ان بعض هؤلاء الرجال تظل متمكنة وتؤدي الى مشكلات تثير الانشغال. ويقدر الباحثون ان حوالي 50% من الرجال يعانون من مثل هذه الصعوبات. الا ان مصادر اخرى تشير الى انتشار هذا الاضطراب بنسب متفاوتة تصل الى 25% مع بلوغ العمر الى 75عاما. واوضح سبكتر وكاري (Spector & Cary, 1990) ان اضطراب الانتصاب هو اكثر الشكاوي شيوعا في عيادات العلاج الجنسي.

أولا: النموذج العضوي النفسي الاجتماعيBiopsychosocial model:

يتحدث الاخصائيون النفسيون عن اجراءات التشخيص والتدخل حول اسباب اضطراب الانتصاب عند الرجال معتبرين انها ذات صبغة ثنائية. بمعنى انها اما ان تكون عضوية أي انها ناتجة عن اسباب عضوية او وظيفية Functional بمعنى انها ناتجة عن اسباب نفسية. وان اغلب المشكلات الجنسية تتضمن تفاعلا معقدا بين عوامل خطر عضوية ونفسية واجتماعية. واوضحت الدراسات الحديثة التي أجريت في هذا الصدد ان هناك سببين على الاقل وجدا في معظم الحالات التي تمت دراستها والمرتبطان بالجوانب العضوية او النفسية او كليهما معا. وقد بينت البحوث الميدانية ان مستويات الديستوستيرون مسؤولة عن اضطراب الانتصاب وان علاج الرجال اصحاب هذه المستويات غير السوية بهرمون الديستوستيرون يؤدي الى زيادة في الانتصابات الالية. وبالتالي فان هذا الهرمون قد يكون الاكثر اهمية للاثارة والرغبة الجنسية القائمة على الشغف منه لحالات الانتصاب القائمة على منبهات خارجية. كما اوضحت الدراسات كذلك ان الزيادة الحادة في البرولاكتنيميا Hyper prolactimemia (وهو امر نادر) غالبا ما ترتبط باضطراب الانتصاب. ويؤكد الباحثون بأن هناك اكثر من عامل هرموني يكون سببا في عدم الانتصاب .

ولما كان الانتصاب يمثل ظاهرة دموية (اي ان تحقيق الانتصاب يتم من خلال تدفق ثلاثة اضعاف مقدار الدم المتدفق للقضيب). فان صعوبات الانتصاب قد تكون ناتجة عن امراض الاوعية الدموية الذي قد يصيب نظم الشرايين (اي في التدفق اليه

حيث لا يكون التدفق الشرياني الى القضيب كافيا نتيجة للعديد من الاسباب المرضية التي تحد من مقدار الدم الذي يصل الى القضيب) او نظم الاوردة (اي في التدفق منه) مما قد يؤدي ذلك الى صعوبة الانتصاب. فتصلب الشرايين Arteriosclerosis وخشونتها وضيقها وفقدان المرونة في جدرانها الداخلية ونقص الكفاءة الشريانية هي اكثر الاسباب الشائعة في حالات نقص الكفاءة الشريانية.

ويعزو البعض صعوبات الانتصاب لامراض عصبية واسباب مرضية محتملة تتضمن امراض الفصوص المخية Cerebral hemispheres كامراض الصرع مثلا او امراض الغدة النخامية وتلفها في المهاد الادنى – Hypothalamis pituitary axis وامراض الحبل الشوكي (التصلب المتعدد Multiple sclerosis) والامراض الخاصة بالجهاز العصبي الطرفي كامراض السكر والكلى وكذلك الاورام. ويؤكدون على ان مرض السكر سبب رئيسي لاضطراب الانتصاب. كما يرى البعض من ان استخدام العقاقير المهدئة والتوتر الشديد ، وردود فعل المريض او جميعها معا تضعف الانتصاب (Papadopoulos, 1989) وتشير الدراسات الميدانية ان ما نسبته 8 – 10% من مرضى التوتر المفرط لديهم اضطراب انتصاب سابقة للعلاج. كما ان بعض العقاقير قد تكون مثيرة للازعاج خاصة تلك العقاقير المدرة للبول والمضادة للادرينالين تؤثر على المريض في اضعاف قدرته على الانتصاب

ثانيا: عوامل الخطر المتعلقة بالفرد:

ان سوء استخدام المخدرات على المدى الطويل او تناول العقاقير الطبية يمكن ان يضعف البنية الفسيولوجية اللازمة لاحداث الانتصاب. وتؤدي بعض الحالات النفسية مثل الاضطراب العصابي واضطراب الاكتئاب الاساسي والاضطرابات القطبية والفصام وبعض اضطرابات الشخصية الى اضعاف التكامل النفسي للفرد الى المدى الذي يصبح فيه الاداء الجنسي معه غير ممكن. وبالتالي فقد يتزايد ظهور هذه الاضطرابات النفسية مع اضطراب الانتصاب لدى الذكور

6: 7 البغاء وسلوك القوادة:

يتفق المنظرون على أن الجنس يمثل دفعة فسيولوجية غريبة تؤدي الى نشاط يهدف إلى التناسل والحفاظ على النوع. على أساس ان الكائنات الحية باختلاف أنواعها ومرتباتها تصل في سن معينة إلى شكل من أشكال التغير البدني يسمح لها بالقيام بوظيفة التكاثر. فكلما ارتقينا في السلم الحيواني تأخر سن البلوغ والنضج الفسيولوجي أي تأخر فعل التناسل. وكلما ارتقينا في السلم الحيواني يتعقد شكل اختيار الموضوع الجنسي (الجنس الآخر)، وكلما ارتقينا في السلم الحيواني بعدت الصلة بين الهدف الجنسي (التناسل) وبين النشاط الجنسي (اللذة). (فائق، 2001)

6: 7: 1 تاريخ البغاء:

ومع تتبع الأصول الأولى للسلوك الجنسي لدى الإنسان نجد أن انقلابات حادة قد طرأت عليه. وبالرغم من اختلاف اراء المنظرين حول الإباحة الجنسية في العصور الأولى من المدنية. فان هناك اتفاقا في أن ان النشاط الجنسي للإنسان لم يكن منظما بهذا القدر الذي نشهده في عصرنا الحاضر. زمن البدايات الأولى للتطور الإنساني على الأرض. وان هذا التنظيم قد واكب ظهور التكوينات الاجتماعية البشرية الأولى وظهور الدين كمنظم وضابط للسلوك الاجتماعي الإنساني عبر التاريخ. وقيام المؤسسة الدينية ازاء ذلك.

6: 7: 2 العلاقة الجنسية عند الإنسان:

تتميز العلاقة الجنسية الإنسانية على أنها علاقة تقوم وتقتصر على طرفين. بالرغم من أنها تمر بمراحل عدة لتكتمل وتصبح فعلا وممارسة تمتد مقدماتها في ماضي كل طرف على حدة. وتمتد نتائجها في مستقبلهما معا. فالجنس لدى الإنسان علاقة قبل أن يكون فعلا. وفعل يقيم علاقة بعد قضائه. وما يميز تلك العلاقة لدى الإنسان عن غيرها من العلاقات الإنسانية انه أشبه بعقد اجتماعي بين شخص وشخص آخر مورس الجنس معه. بحيث تميل هذه العلاقة الى الانغلاق فيما بينهما.

6: 7: 3 مركب أوديب وأصل العلاقة الجنسية:

لقد تحدث فرويد عن مركب أوديب عندما اشار الى النمو النفسي لدى الإنسان. وان الدفعة الجنسية دفعة لا تناسلية في الأصل. وهي تنشيط منذ الطفولة الأولى ومنذ بدء الحياة. وخلص إلى نقطتين هامتين هما:

- تطور الدفعة الجنسية (الليبيدو) من الشبقية الذاتية إلى النرجسية ثم إلى اختيار الموضوع والجنسية الغيرية.
- تطور مركز الاستثارة والمتعة الجنسية من المناطق الشبقية غير التناسلية إلى المنطقة التناسلية.

6: 7: 4 الفعل البغائي والموقف الإنساني منه:

بالرغم من ان البغاء فعل يصدر عن الانسان وتحركه العوامل النفسية الخاصة به. وتصوغه الاطراف الاجتماعية الا ان علوم النفس لم تحاول صياغة تعريف قانوني له. واكتفت بدراسة البغاء في حدود تعريف القانون له. ويشير الباحثون هنا ان الفعل البغائي يقوم على ثلاثة اطراف هي:

- البغاء فعل تؤديه البغي للعميل بغرض امتاعه جنسيا – وجنسيا فقط – وبطريق مباشر وذلك في مقابل مادي يؤديه لها العميل.

- تؤدي البغي فعلها غير مميزة بين الاشخاص ما دام شرط العطاء المادي المقابل متوفرا.
- تقوم البغي بأداء دورها البغائي – وهو اشباع الرغبة الجنسية لآخر – بواسطة جسدها حيث لا يعد غير الجسد لاثارة الرغبة لدى العميل فعلا بغائيا.

6: 7: 5 طبيعة النشاط الجنسي في العلاقة البغائية:

تحدث فائق (2001) عن ثلاثة معالم رئيسية في تتبعه لتطور الحياة الجنسية لدى الانسان وبلوغها شكلها التناسلي هي:

- ان النشاط الجنسي يقف وسطا بين دفعتي الحياة والموت للفرد. ليحقق للفرد اتزانا بين غريزتي الحياة والموت
- ان النشاط الجنسي التناسلي نقطة لقاء بين شق ليبيدي خالص وشق وجداني ذي اصل ليبيدي تحول الى علاقة وجدانية.
- ان العلاقة الجنسية السوية بين الرجل والمرأة تقوم في شكلها الاساسي على رغبة الرجل في المرأة وموافقة المرأة للرجل في اختيارها.

6: 7: 6 سيكولوجية البغي

تقوم سيكولوجية البغي على كبت وجداناتها بممارسة الشق الشهوي من الجنس. ولكنها تسقط هذا الشق على العميل بحيث تمارس هي نشاطا جنسيا ةوهميا لابقاء الوجدان مكبوتا وعن طريق التعيين الذاتي بالعميل يتحقق لها وهميا اشباع للمكبوت وهو اطلاق الشق الشهوي الفعلي واحباط للشق الوجداني. فالعميل هو الذي يشبع الجنس ويكف الوجدان أي هو ذات البغي ولكن في خارجها. وتمثل الخصائص النفسية للبغي فيما يلي:

- البغي موضوع جنسي ناقص ومؤقت. لا حق لها في الوجود المستقل عن رغبة العميل فيها.
- البغي موضوع جنسي ينكر حقه في الوجود. ويصر على ان يكون دائما للآخرين.
- البغي مالكة لما لا حق لها فيه. ولا حق لها فيما تمتلك.
- البغي من حيث هي موضوع جنسي. لا تزيد عن كونها وهما جنسيا للعميل ولا ترضى بأن تكون واقعا جنسيا له.
- البغي كموضوع للعميل سلعة تشترى. وهذا يعني انها لا تسمح بعلاقة ثنائية. فالجنس الممكن الحصول عليه من البغي يعني وجودها كسلعة ووجود مشترى هو عميل وبائع (قواد) لذلك تعد البغي شيئا موضوعا كما تعد المتعة الجنسية معا. شيئا وليست عملية.

6: 7: 7 الجسد لدى البغي

في الفعل البغائي يكون جسد البغي مجالا للنشاط الجنسي الوهمي. اما في العلاقة البغائية فهو مجال محتمل للنشاط الجنسي الفعلي. ذلك من جانبها. اما من جانب العميل فالآخر معكوس. فجسد البغي مجال للنشاط الفعلي عند ممارسة الجنس. ومجال

للنشاط الوهمي خلال العلاقة البغائية. وبعبارة ثانية فان جسد البغي جسدان لكل منهما وظيفة ومعنى:

فالوظيفة الاولى في الفعل البغائي. يكون جسد البغي جسدا للآخر ولرغبة هذا الآخر. أي الجسد الذي لا وجود له بالنسبة للبغي والذي لا وجود لغيره بالنسبة للعميل.

اما الوظيفة الثانية للفعل البغائي فهي في العلاقة البغائية بحيث يكون جسد البغي جسدا لها ولرغبتها هي وحدها. وهذه الوظيفة هي نقيض الوظيفة الاولى حتما بما يميز الجسد البغائي عن الجسد السوي.

6: 7: 8 سيكولوجية القواد والقوادة:

لما كان الجنس في هذه الحالة التي نحن بصدد الحديث عنها سلعة لها ممتلك يتصرف فيها ومشتر يطلبها. ولما كان شراء العميل للبغي اقرب الى تأخيرها لوقت معلوم. حيث يكون حق تأخيرها لغيره محل نقاش. فان البغاء فعل لا لممارسته من طرفين (بغي وعميل) وان هذه الخاصية المتضمنة في العلاقة البغائية تخلق وظيفة لطرف ثالث هو القواد. فالقواد عنصر حتمي واساسي في العلاقة البغائية تنفرد به دون غيره من العلاقات الانسانية. ونقصد بالقواد ذلك الوسيط الذي يسمح باقامة علاقة بين البغي (السلعة) والعميل (المشتري) وبالتالي فان هناك عددا من الحقائق تخص علاقة المنح والعطاء بين العميل والبغي:

- يقبل العميل على البغي مسلما بحق غيره في امتلاكها قبله وبعده. وبوصفها موضوعا جنسيا له هذه الحقوق وهذا الطابع.
- تمنح البغي نفسها للعميل متمسكة بحقها في منح نفسها لغيره وعدم ملكيتها لعميل ملكية تامة.
- يقبل العميل على علاقته بالبغي بأن يتعامل مع وسيط ضمني وعلني لا يمكنه تخطيه كي يحصل على متعته الجنسية. هذا الوسيط هو الممتلك الاول للبغي وصاحب الحق في منحها لفترة ما لغيره.
- تمارس البغي بقاءها في ظل فقدان حريتها في العطاء نظرا لملكية آخر.

6: 7: 9 عملية القوادة:

الفعل البغائي هو الفعل الذي يتم فيه الاغراء من جانب المرأة ويتعرض الرجل فيه للاغراء. بعكس ما يحدث في العلاقات السوية من اغراء الرجل للمرأة وتعرضها للاغراء. وتفيد تلك النقطة في ابراز التكوين النفسي العكسي في البغاء. اذا قورن بالتكوين النفسي في العصاب. وعند الحديث عن خصائص الغريزة الجنسية للبغي فاننا نجد أن:

- انفعال الشق الشهوي عن الشق الوجداني في النشاط الجنسي وحرمان البغي نفسها من الشق الشهوي ومنحه للعميل. مع كف الشق الوجداني لديها ولدى العميل.

- انها تقوم بكف الشق الوجداني الشهوي ذاته من خلال ممارستها للبغاء. وذلك من خلال التعيين بالعميل الذي تسقط عليه رغبتها الجنسية. ويتحول العميل في اطار هذا الكبت والاسقاط الى وسيلة ومهدد له في نفس الوقت.
- ان جسدها يتعرض لانفصال وظائفه. بحيث يصبح جسدا مستحيلا لها ممكنا للعميل. وجسدا يقوم بكف الوجدان لديها ولدى العميل معا.

6: 7: 10 سيكولوجية القوادة:

القواد بحكم المهمة التي يقوم بها يتوسط في اقامة علاقة جنسية بين رجل وامرأة وتكفل له وساطته تلك جزء من الربح الذي تجنيه البغي من العميل. والقواد عادة شخص (ذكر وأنثى) يمتلك حرية عدد من البغايا تأتيه عن طريق تحريضهن على اغراء العملاء جنسيا في مقابل المال الذي يحصل منه على نسبة.

اما تصرفه في تلك الحرية فيأتي عن طريق تقبله تحريض العملاء له وترغيبهم في ذلك.

7: اضطرابات الشخصية

7: 1: المقدمة:

احتلت الشخصية مكانة هامة في الدراسات النفسية خلال السنوات الأخيرة. ويصدق هذا القول في حال دراسة الشخصية السوية كما يصدق في حال دراسة الشخصية المضطربة . وقد ساعد على تأكيد هذه المكانة عدد من العوامل. كان من بينها النظر الى السلوك على أنه محصلة لشخصية تعمل من حيث هي وحدة متكاملة. وفيها ما تنطوي عليه من عناصر ومركبات ودوافع وقدرات . الا ان هذا الاهتمام الكبير بالشخصية لا يسلم من الاختلاف في المنحى الذي تأخذه الدراسات التي تجعلها موضوعا لها . وذلك على الرغم من وجود اتفاق حول اعتماد الطريقة العلمية في البحث .

7: 2: تعريف الشخصية :

الشخص في اللغة العربية يعني سواد الإنسان وغيره يظهر من بعد. وقد يراد به الذات المخصوصة وتشاخص القوم أي اختلفوا وتفاوتوا. وجمع كلمة شخص في القلة " أشخص " وفي الكثرة " شخوص " وأشخاص (عبد الخالق، 1983). وفي اللغات الأوروبية. أشار البورت Alport إلى أن كلمة Personality في الإنجليزية ومصطلح Personalitite بالفرنسية ولفظ Personalicheit بالألمانية يشبه كل منها الى حد كبير كلمة Personalitas باللغة اللاتينية، قد استخدمت في الأصل لتشير إلى القناع المسرحي الذي استخدم لأول مرة في المسرحيات الإغريقية وتقبله الممثلون الرومان قبل ميلاد السيد المسيح بحوالي مائة عام .

وقد ورد لفظ الشخصية في كتابات شيشرون (غنيم، 1972) بأربعة معان مختلفة تستمد جذورها من فكرة المسرح.

- فالشخصية من وجهة النظر هذه يمكن اعتبارها الفرد كما يظهر للآخرين. وليس ما هو عليه في الحقيقة. وهي بهذا المعنى تتصل **بالقناع**.
- وهي مجموع الصفات الشخصية التي تمثل ما يكون عليه الفرد حقيقة . وهي بهذا المعنى تتصل **بالممثل**.
- وهي الدور الذي يقوم به الفرد في الحياة سواء كان دورا مهنيا أو اجتماعيا أو سياسيا.
- كما انها الصفات التي تشير الى المكانة والتقدير والأهمية الذاتية. وهي بهذا المعنى تشير الى المركز الكبير الذي يحتله الفرد

والشخصية كمثير تشير الى مجموع ما يحدثه الفرد من تأثير في المجتمع أو هي العادات أو الافعال التي تحدث اثرها بنجاح في الاخرين.

ويتحدث البورت عن الشخصية باعتبارها استجابات الفرد المميزة للمثيرات الاجتماعية. واسلوب توافقه مع المظاهر الاجتماعية في البيئة. وهذا يعني ان شخصية الفرد دالة أو وظيفة لسلوكه واستجاباته للمواقف المختلفة. (Papalia & Olds , 2005)

ويعبر عن الشخصية على أنها كل الاستعدادات والنزعات والميول والغرائز والقوى البيولوجية الفطرية والموروثة . وأنها ذلك النظام الكامل من الميول والاستعدادات الجسمية والعقلية الثابتة نسبيا التي تعتبر مميزا خاصا للفرد والتي يتحدد بمقتضاها أسلوبه الخاص في التكيف مع البيئة المادية والاجتماعية .

وتعتمد النظريات المنطلقة من عملية التعلم في فهم الشخصية على عنصر أساسي في تعريفها للشخصية وهو السلوك والسلوك المتعلم باعتبارها أنماط السلوك المتميزة (ومن بينها الأفكار والعواطف) التي تميز تكيف كل فرد مع مواقف حياته.

والشخصية من حيث هي انطلاق من السمات العميقة للفرد هي ما يسمح لنا بالتنبؤ بما سيفعله شخص ما في موقف ما. (الرفاعي ، 1987)

7: 3 النماذج النظرية في تفسير اضطرابات الشخصية :

ركزت نظرية التحليل النفسي على مفهوم أساسي في الشخصية هو: الحتمية البيولوجية. وبذلك فإنها لا تعير اهتماما للبعد الاجتماعي أو الثقافي وأثره في الشخصية. وقد تحدث فرويد عن ثلاث منظومات في بناء الشخصية ونموها والتي وردت الإشارة إليها في بناء الشخصية الإنسانية ونموها. بحيث تعمل المنظومات الثلاثة بطريقة متكاملة لتشكل معا شخصية الفرد وسلوكه بشقيه السلوك الواضح. كما يتضح من خلال أداءات

الفرد Performance والذي يسميـــه Overt behavior والسلوك المضمر Covert behavior الذي يمكن الكشف عنه بطرق غير مباشرة. والذي يعبر عن أغوار الشخصية. (عباس، 1982)

فالشخصية بكل مكوناتها ونموها تعمل بطريقة دينامية. بمعنى ان السلوك الذي يصدر عنها هو نتاج تفاعل المنظومات المختلفة في صراعاتها. وان النظرة إلى شخصية الفرد لا بد وان تشمل كافة أنواع السلوك والاداءات الناجمة عنه في كافة المواقف سواء كان ذلك في الأسرة أو في العمل او مع الرفاق.

لقد قدم **فرويد** تصورا ديناميا يوضح فيه هذا المفهوم. فالحفزات الجنسية التي تريد أن تنطلق من الهو وتعيش شعوريا لتشبع وفقا لمبدأ اللذة. الا ان الأنا تريد منعها مستندة الى مبدأ الواقع ومتأثرة بالأنا الأخلاقية. ويرى فرويد ان الميكانزم الدفاعي هو بمثابة القوة الكابتة التي تضعها الأنا لتمنع هذه المكبوتات من الظهور شعوريا. فتلتف حول التعبير المباشر عن الحفزات الجنسية غير المرغوب فيها وتصبح في صورة مقبولة نوعا. وتقوم بالتوفيق بين الحفزة الجنسية ومتطلبات المجتمع وثقافته. ولا يعد الميكانزم دفاعيا الا اذا تكرر حدوثه مرات ومرات في مواجهة تجارب كثيرة منذ الطفولة. وتعمل هذه الميكانزمات لاشعوريا. كما وأنها تعد بمثابة هروب من مواجهة الواقع عن طريق الانكار والتحريف أو الطمس أو الإخفاء ... الخ.

وينتج التعويض الزائد : Excessive Compensation من محاولة موازنة الفشل أو التغلب عليه أحيانا نتائج ضارة أو غير مرغوب فيها اجتماعيا . فقد يتجه الطالب الفاشل في دراسته الوجهة السوية . وقد يقوم - نتيجة لإحساسه العميق بالنقص بمحاولات يائسة لتأكيد ذاته . وقد تتضمن هذه المحاولات نشاطا غير اجتماعي دون أن يحقق ما يريده الفرد من إشباع ودون أن تتطلب على ما يعانيه من إحباط . فهو قد يعتزل زملاءه في المدرسة. وقد يحاول أن يلفت إليه الأنظار في المجالس بالحديث بصوت مرتفع أو يكثر من الكلام ويستحوذ على الحديث أو المناقشة . أو يتباهى ويزهو بأعمال قام بها أو لم يقم بها . وقد يؤدي التعويض الزائد إلى السرقة للحصول على أشياء أو أموال كوسيلة يحقق بها الفرد ما يريده من مكانه

ويظهر التبرير : Rationalization : أحيانا في تعليل السلوك أو تفسيره بأسباب تبدو معقولة ومقبولة بينما تكون الأسباب الحقيقية أنفعالية . ويظهر ذلك حين يلجأ

الشخص لمثل هذه الوسيلة الدفاعية أمام فشله في الحصول على أمر كان يتمنى الحصول عليه. وكان يسعى إليه. مثال ذلك: تبرير أحدنا فعلا غير لائق قام به عن طريق وصف نفسه بأنه لم يكن هو نفسه وبكامل قوته حين ارتكب ذلك الفعل. وتبرير أحدنا سلوكه في ايثار الذهاب الى النزهة والامتحان قريب. وتبرير عدم تمكنه من دخول كلية الطيران بتأكيد أخطار الطائرة وقيادتها. بينما كان الدخول الى تلك الكلية من أعظم آماله .

ويؤدي التبرير وظيفته الدفاعية من جهتين :

- فهو يساعد الشخص على عقلنة ما يقوم به في حدود ما يعتقد به وفي وجه ما يعتقد به الآخرون .
- كما يساعد على تخفيف حدة الإحباط بالنسبة للأهداف التي لا يستطيع الشخص الوصول إليها.

ويمثل التبرير في حد ذاته وسيلة دفاع أولية تساعد على التخفيف من شدة تأثير الإحباط . ولكن من الممكن فيه الوصول إلى درجات لا تكون إلى جانب استواء الشخصية. فقد يصبح الشخص قابلا للتصديق بالكثير من الأدلة غير الصحيحة . وقد يقوده ذلك إلى اعتناق اعتقادات خاطئة وقبول الكثير من أشكال الهذيان رغم ما ينطوي عليه كل منه من تناقض .

ويظهر الإسقاط : Frustration : أكثر الأحيان في إلقاء اللوم على الآخرين بالنسبة للأخطاء نرتكبها نحن أو تقصير يبدو عندنا . فالتلميذ يلقي اللوم على المعلم أحيانا أو على تركيب السؤال في الدفاع عن نفسه أمام الفشل في الامتحان . والشاب كثيرا ما يلقي اللوم على الآخر في بدء المناقشات . وكثيرا ما تلقى اللوم على الحجارة في تعليل وقوعنا المفاجئ ولا نلوم أنفسنا في قلة انتباهنا . ان الشخص الذي تعود أن يعاقب على العدوان قد يكون عن نفسه فكرة عامة أنه مكروه أو منبوذ. وهذه الفكرة تثير قلقه . كما أن استثارة أي رغبة له في العدوان تثير قلقه كذلك . ولكن الحياة مليئة بالمواقف التي تدعو إلى المبادأة وتحمل المسؤولية واتخاذ خطوات تنفيذية قد يكون فيها مخالفة لآراء الغير . وهذه كلها تحمل معنى العدوان . ولذلك ، فقد يجد مثل هذا الشخص نفسه محبطا في كثير من هذه المواقف لأنه لا يستطيع أن يجد مخرجا لرغباته المكبوتة . ولذلك ، فانه قد يتبع وسيلة الإسقاط لكي يخفف من حدة هذا القلق . وهذا الإحباط . ولكي يشبع دوافعه المكبوتة من ناحية أخرى فيسقط رغباته العدوانية مثلا على الآخرين .

وذلك بأن يتصور أن البعض يدير له مكايد أو يتصور أن الناس أعداءه . وانه لا يوجد في هذا العالم من يريد الخير لأحد .

اما التقمص **Identification** فهو أسلوب سلوكي يحاول فيه الفرد الوصول إلى إشباع لدوافعه عن طريق تصور نفسه في مكان أفراد آخرين . وهو بذلك يشاركهم " في مستوى التصور " تحصيلهم الذي حرم منه . فيتصور نفسه في موقف المحارب الشجاع أو في مكان أبطال القصص التاريخية والمسرحيات والأفلام السينمائية التي تدور معظم حوادثها حول انتصارات هؤلاء الأبطال في معارك يقتلون فيها أعداءهم أو يتغلبون عليهم. وقد يدمن الشخص على قراءة مثل هذه القصص أو مشاهدتها أو الحديث عنها . وعن طريق هذه العملية يستطيع أن يشبع دوافعه من ناحية . ومن ناحية أخرى ، فان مثل هذه المواقف تثير عنده القلق كما تثيره مواقف العدوان المباشر .

وقد يحل **الصراع** أيضا عن طريق اتخاذ كبش للفداء . أي عن طريق اختيار مواقف أو أشخاص أو أشياء يمكن أن تجد فيها الدوافع المكبوتة إشباعا مع تلافي القلق المتعلق بهذه الدوافع . ويلاحظ هذا الأسلوب في حياتنا اليومية . فالرئيس الذي يغضبه أحد مرؤسيه قد ينقل عدوانه على مرؤوس آخر . والموظف الذي يغضبه رئيسه قد ينقل عدوانه على أحد السعاة أو على أهل منزله أو زوجته وأولاده . وكذلك كثيرا ما نلاحظ أن الشخص في حالات غضبه قد يركل الكرسي بقدمه أو يضرب الحائط بيده . وذلك إذا كان المثير الأصلي للغضب شخصا لا يمكن رد العدوان عليه .

وقد تصبح المواقف الاجتماعية من المواقف المثيرة للقلق عند الفرد. وعلى ذلك ، فقد يلجأ إلى الابتعاد عن المجتمع بقدر الإمكان لكي يخفف من حدة القلق . فالمجتمع بالنسبة للشخص المنزوي أو المنعزل مليء بالعوامل المثيرة للاضطراب والتعاسة. ولذلك ، فانه يتجنب مصاحبة الناس. ويؤثر الوحدة والانفراد في جميع ألوان نشاطه. فهو يميل إلى الألعاب الفردية ووسائل التسلية الفردية. ويتجنب المواقف الجمعية. أي يتجنب كل احتكاك بالآخرين .

اما التخيل وأحلام اليقظة : Fantasy : فهي عبارة عن استجابات بديلة للاستجابات الواقعية . فإذا لم يجد الشخص وسيلة لإشباع دوافعه في الواقع ، فانه يستطيع أن يشتق إشباعا جزئيا عن طريق التخيل وأحلام اليقظة. والشخص المنزوي أو

المنسحب يغرق عادة في التخيل وأحلام اليقظة . حيث يجد في ذلك وسيلة للإشباع لا تحتاج إلى أن يشارك في أي نشاط اجتماعي يجد فيه مثيرا قويا للقلق .

ويظهر **النكوص** بشكل واضح عند الأطفال في مراحل النمو المبكرة. فالأطفال بدون استثناء تقريبا قد تعتريهم حالات نكوص في سن الثانية أو الثالثة إذا ما ولد طفل جديد في الأسرة. ومن أمثلة النكوص عند الكبار : الحنين إلى الوطن " الذي يشعر به من يغادرون بلادهم للدراسة في الخارج. وذلك بسبب انعدام الأمن في البيئة الجديدة.

وقد رفض **يونج** الأخذ بمبدأ الجنسية الشاملة عند فرويد كمبدأ لتفسير كل مظاهر السلوك وكذلك آراؤه في عدد من المفاهيم كالليبيدو مثلا. وأسس لنفسه مدرسة خاصة به واصبح منهجه في التحليل والعلاج النفسي يعرف باسم علم النفس التحليلي Analytical psychology (غنيم، 1973) ويرى ان العالم وربما الكون بأسره أحياء وجمادات قد وجد بسبب التعارض القائم بين الأشياء. فهناك دائما تعارض والتعارض يستدعي الصراع والحياة بدون صراع لا تساوي شيئا. فالصراع هو المادة الخام الأساسية للحياة. والصراع هو الذي يدفع الى الأمام والتقدم. ويقول يونج ان كل ما هو موجود له شيء آخر مقابل حتى لو كان هذا المقابل هو عدم وجود الشيء الأصلي. فهناك حياة - لا حياة، جوع - لا جوع، حب - لا حب، منزل - لا منزل. ويقترح يونج ازاء ذلك نهاية سعيدة لقصة التعارض هذه. فهناك حالة توازن تحدث بين هذه القوى المتعارضة. وقدم ثلاثة أساليب تتخذها النفس لحل صراعاتها هي:

- **التعويض**: وعندما تشعر الشخصية بأنها في حالة صراع نتيجة عجزها عن تحقيق هدف مرغوب. فانها قد تبحث لها عن أهداف أخرى. لها نفس الجاذبية ويترتب على تحقيقها ازالة هذا الصراع.

- **الاتحاد:** وقد تتحد قوتين معا للبحث عن حل مناسب لكليهما. فالاتحاد أو الوحدة تؤدي الى التقدم. فعندما يتدخل شخص في صراع أو نزاع بين فردين في أسرة واحدة. فقد يتحول النزاع بينهما الى نزاع مع الشخص الآخر الذي يتدخل لفض النزاع بينهما. أي انهما يتحدان معا ضد هذا الشخص المتدخل.

- **التعارض:** يتمثل التعارض جيدا في المنافسة كالمنافسة بين تلميذين من اجل الحصول على أعلى تقدير في الامتحان فقد يؤدي الصراع بينهما الى حفز كل منهما

على العمل. وان يصل الى ما وراء مجرد تعلم المادة الدراسية.

واهتم **ادلر** بدراسة ذاتية الفرد واطلق مصطلح علم النفس الفردي Individual psychology وسرعان ما التف حوله مجموعة من العاملين في علم النفس فكونوا جماعة سميت بجماعة علم النفس الفردي. وعبر بوضوح عن مفهومه عن علم النفس الفردي بكتاب له تحت عنوان: الممارسة والنظرية لعلم النفس الفردي The practice and theory of individual psychology أبرز فيه ان سلوك الإنسان تحركه الحوافز الاجتماعية باعتبار أن الإنسان كائن اجتماعي مرتبط بالآخر. ويمارس أنشطة اجتماعية ويكتسب أثناء نموه أسلوب حياة Style of life ويتسم بالتعاون والاجتماعية. بمعنى انه يتم تطبيع الفرد اجتماعيا من خلال تعرضه للعلاقات الاجتماعية. مؤكدا على الدور الاجتماعي الفطري فيه بحيث يسعي الفرد منذ طفولته المبكرة لاشباعاته من خلال سياق اجتماعي Social - context وتتطور ممارساته. وحين يحس بالنقص في مواجهة بعض المعوقات يتحفز للعدوان ضد مصادر الاعاقة. ساعيا الى القوة Power . ومع المزيد من التوافق الاجتماعي يتطور السعي من القوة الى النضال من اجل التفوق.

وأولى **فروم** اهتماما بالغا بالطابع الاجتماعي وعلى ما هو مشترك بين أفراد الجماعة الواحدة. مشيرا إلى أن الوظيفة الاجتماعية للتربية هي في تأهيل الفرد كي يقوم بوظيفته من خلال الدور الذي سيلعبه في المجتمع مستقبلا. وهذا يعني ان التربية مسؤولة كأداة اجتماعية في جعل الطفل منذ باكورة أيامه متوافقا مع حاجات المجتمع ومطالبه. بحيث تكون تصرفات الطفل ومن ثم الراشد متناغمة مع النظام الاقتصادي الاجتماعي السائد. وبناء على ذلك فان الشخص من وجهة نظر فروم حتى يتوافق فانه لا بد ان يكون مسايرا Conformist .

وقد أشار **فروم** الى وجود اربع حاجات ضرورية للفرد يسعى لإشباعها حتى يحس بالتوافق. وهذه الحاجات هي:

- **الحاجة إلى الانتماء الاجتماعي:** فالإنسان يختلف عن أفراد المملكة الحيوانية التي يقتصر تعاملها مع الطبيعة لإشباع حاجاتها العيانية Concrete needs أما الإنسان فقد تجاوز اشباعاته العيانية وأصبحت له مجموعة حاجات اجتماعية منها الإحساس بالانتماء Sense of belongings كالانتماء إلى الوطن أو إلى مكان العمل أو إلى العائلة.

- **الحاجة إلى الشموخ (التعالي)**: ويسعى الإنسان دوما للارتفاع والارتقاء ومن ثم يعمل لتزدهر مواهبه. ويسعى كذلك لأن يصبح مرموقا من خلال تنمية خياله. ومن خلال التحضر. ومن خلال الفنون قاطبة.
- **الحاجة إلى الهوية**: يحتاج الفرد أثناء بناء طابعه الاجتماعي إلى ان يتوحد مع الآخر. أو يتوحد مع العمل. حتى يبتعد عن الوحدة والعزلة والاغتراب. وفي الحالات المرضية قد يتوحد مع المعتدي. أو مع نموذج مرضي.
- **الحاجة الى الانضباط الاجتماعي**: تحدد المعايير التي يطرحها النظام القائم نوع القيم السائدة. والتي ينبغي مسايرتها، والالتزام بها. والتوافق معها. والعمل على تدعيمها. وإذا ما امتص أفراد المجتمع هذه المعايير والنسق القيمي السائد ساد الوئام كيان المجتمع وعاش في هناء.

صنفت **هورني** الدافع او الحاجة العصابية الى ثلاث حاجات عصابية هي:

- **الحاجة العصابية الأولى** تتمثل في التوجه المرضي نحو الناس سعيا وراء الحب والتقبل الاجتماعي ويتضح السلوك العصابي لدى الشخص في رغبته العارمة في إرضاء الآخرين وعمل ما يريدونه كي يرضيهم حتى لا يحس بالهجر.
- **الحاجة العصابية الثانية** تتمثل في التوجه المرضي بعيدا عن الناس سعيا وراء الاستقلال. ويتسم سلوك الشخص بالعزوف عن الناس وبعدم الارتباط بأحد نتيجة اخفاقه في محاولاته اليائسة في العثور على الدفء العاطفي والمودة والحب.
- **الحاجة العصابية الثالثة** تتمثل في توجه العصابي ضد الناس وضد المجتمع. فيسلك باحثا عن القوة أو السيطرة او الامتلاك واستغلال الآخرين. وإسقاط رغباته على الآخر.

وحاول سوليفان ان يزاوج ما بين علم النفس الطبي وعلم النفس الاجتماعي. ومن أهم دراساته : تصورات في الطب النفسي، والتوترات بين الأشخاص والتفاهم الدولي: وجهة نظر طبيب نفسي، ونظرية العلاقات بين الأشخاص فيما يتعلق بالطب النفسي، والمقابلة الشخصية الطبية النفسية. وقسم حياة الإنسان إلى ست مراحل متداخلة ومتمايزة ففي مرحلة المهد : (العامان الأولان) لا يحدث قلق أو مخاوف فهي مرحلة استقبال من جانب الأم. ويستجيب الطفل بطريقة سماها الإدراك الأولي أو الفطري. وتعتبر مرحلة الطفولة الباكرة: (من 3 - 6 سنوات) المرحلة المهمة في حياة الشخص ففيها يتم الإدراك بطريقة تركيبية. اما مرحلة الطفولة المتأخرة (من: 6 - 10 سنوات) فهي امتداد للطفولة

الباكرة. الا ان التواصل فيها يزداد من خلال اللعب مع الأقران. وتعد بمثابة مرحلة تنفيسية لطفل خصوصا في اللعب المنظم داخل المدرسة. وفي مرحلة بداية المراهقة (من: 10 12 سنة) تنمو علاقات قوية حميمة بين المراهق وشخص من نفس الجنس وهي بداية مرحلة الحب ويعتبر الآخر بالنسبة للشخص أكثر أهمية من الآباء ويسمى هذا الوضع بثقافة المراهقين Peer culture . وفي مرحلة المراهقة المتوسطة (من: 13 - 17 سنة) يتعلق الفرد بالجنس الآخر. وبنفس الجنس في ذات الوقت. فهو في حاجة الى الجنسية الغيرية والجنسية المثلية. وقد تتحد الحاجتان وينتج عن ذلك الميل الجنسي لنفس الجنس. وعادة تندمج الحاجة الجنسية والحاجة للصداقة الدافئة لشخص من الجنس الآخر في مرحلة المراهقة المتأخرة (من: 17- 20 عاما). وفي العادة تتركز على شخص واحد.

طرح **سوليفان** عددا من المفاهيم:

فالشخصية من وجهة نظره تكوين فرضي. فوحدة الدراسة عند سوليفان هي الموقف الشخصي المتبادل بين الأشخاص. وتنتظم الشخصية من الوقائع المتبادلة بين الأشخاص وليست الوقائع الشخصية الداخلية. وتمثل **الديناميات** أجزاء من الطاقة ثابتة إلى حد ما تميز الكائن الحي الانساني. وتتمثل في سلوك الفرد الظاهر كالكلام مثلا. أو أي أداء قابل للملاحظة. وكذلك في السلوك المضمر كالتفكير وأحلام اليقظة. وتعد **الذات** بمثابة منظومة من أساليب سلوكية يكتسبها الفرد. بحيث تجعله آمنا لأن هذه الأساليب الناتجة عنها تتوافق مع رغبات الأبوين (في الصغر) فيلقى التعزيز الموجب. في الوقت الذي قد يتلقى العقاب وما يصاحبه من قلق إذا لم تؤدي هذه الأساليب السلوكية ما يراد منها. وأن وجود توتر داخلي محكوم بحاجات الكائن العضوية كالتوتر الناجم عن عدم إشباع الحاجات الفيزيولوجية بعامة. وإشباعها يخفض التوتر.

وركز **هنري موراي** Henry Murrey عام 1893 في الشخصية على المبادىء التالية:

- **تعتمد العمليات النفسية على العمليات الفيزيولوجية:** فأصل الشخصية المخ. ووظائف المخ أو أنشطته هي التي توجه وتحكم ذلك ان وظيفة المخ إرشاد وتوجيه وتحكم الشخصية.
- **الحاجة لاغراء التوتر:** ان لدى الإنسان حاجة مستمرة ودائمة للاستثارة (اشتهاء المثير) بمعنى ان الإنسان يسعى للتوتر وليس لإزالة التوتر إذا ما وجد. ولكن ما يحدث بالدقة هو خفض للتوتر Tension reduction إذ يؤدي خفض التوتر إلى

الراحة والاستمتاع. بينما يؤدي إزالة التوتر Tension elimination إلى عدم الراحة والتعاسة.

- **نحن لا نفهم الشخصية إلا من خلال منظور زمني تطوري وبمنهج طولي:** فالشخصية تنمو وتتطور مع الزمن بطريقة مستمرة ومتصلة. ولهذا فان الماضي ذو أهمية كبيرة والحاضر مهم جدا في مستقبل الشخصية لأنه سوف يصبح ماضيا بعد فترة.
- **الشخصية متفردة رغما عن وجود بعض التشابه بين الناس:** ولكن لكل فرد شخصيته المتميزة.

وطرح ليفين عددا من المفاهيم في نظريته عن الشخصية من ابرزها:

- **حيز الحياة Life space** : يقصد بهذا المفهوم كل الحقائق (الوقائع) التي تحدد سلوك الشخص في وقت محدد. ويتضمن فقط الوقائع التي تمت للسلوك المعني في موقف ما. أما الأحداث الماضية المتوقعة مستقبلا فهي لا تمت للموقف الحالي بصلة. ومن ثم لا تؤثر في السلوك الحالي. وقد أشار ليفين أن بعض الحقائق الحالية في الموقف الحاضر لا تمت بشكل مباشر للسلوك. ومن ثم ينبغي استبعادها. مشيرا الى ان فهم حيز الحياة للفرد يمكن من فهم سلوكه العياني في بيئة سيكولوجية معينة. وفي وقت محدد.
- **الحاجة Need** : تعد الحاجة بمثابة حالات دافعية يمكن حدوثها نتيجة حالات فيزيولوجية . ولا تصبح حاجات الا اذا احتلت منطقة متميزة في الشخص من الداخل. فالرغبة في شيء من البيئة أو النية (القصد) لتحقيق هدف معين يمكن ان يصبح حالة دافعة وتصبح حاجة ملحة تتطلب الاشباع.
- **التوتر Tension** : يعبر التوتر عن الحالة الانفعالية التي تصاحب الحاجات دوما. ويمكن ان ينشأ التوتر من أشياء بيئية مغرية يكون لها دلالة كافية للشخص.
- **التكافؤ Valence** : يشير هذا المفهوم الى ان لكل الاشياء والاشخاص تكافؤات موجبة أو سالبة فما يشبع حاجات الفرد وما يكون جذابا بالنسبة له فانه يحصل على حالة تكافؤ موجبة. والذي لا يشبع حاجات الفرد كالتهديد مثلا فانه يكتسب تكافؤا سلبيا.
- **المتجه Vector** : يشير هذا المفهوم الى اتجاه قوة وشدة عملية الجذب للأشياء. فاذا كان هناك متجها واحدا فسوف يسير الفرد في اتجاه هذا المتجه. واذا واجه الفرد متجهين متضادين ومتوازيين فالنتيجة الحادثة هي صراع: **صراع الاقدام الاحجام Approach avoidance conflict** وصراع **الاحجام الاحجام Avoidance avoidance conflict** وصراع **الاقدام الاقدام Approach approach conflict**

- **الحواجز Barriers** : قد تكون الحواجز أشياء أو أشخاص أو عرف اجتماعي، وأخلاقي، أو أي شيء يعوق الشخص المدفوع في اتجاهه نحو هدفه. وتعد الحواجز بمثابة تكافؤات سلبية، وينشأ عنه عادة سلوك استكشافي Exploratory behavior أو ربما تقود الفرد الى شن هجوم عليها.

- **الاتزان Equilibrium** : وتحقيق الهدف او الوصول اليه يؤدي بالشخص الى حالة من الاتزان . فالهدف الأسمى لكل انواع السلوك المدفوع هو العودة الى حالة الاتزان . حيث يحصل الفرد على ازالة التوتر او خفضه حيث تشبع حاجاته فيعود لاستعادة توازنه.

ركز ليفين على الحقائق والوقائع سواء كانت محسوسة أو مستنتجة أو مجردة. وهذه الحقائق هي في حركة وعمل متواصلين. لتكون ما يسمى بالأحداث Events وهذه الأحداث تلعب دورا في شخصية الفرد وتخضع لثلاثة مبادئ هي:

- **مبدأ الارتباط Relatedness** الحدث بالنسبة لليفين يتم نتيجة التفاعل بين واقعين أو اكثر والواقعة الواحدة لا تسبب حدثا. ولما كان الشخص يعيش في بيئة مادية واجتماعية فانه يتم التفاعل بينه وبين الآخرين في البيئة. وبينه وبين البيئة الفيزيقية نفسها.

- **مبدأ العيانية Concreteness** : ان الوقائع الفعلية (الحقائق) هي التي لها اثر في تكوين الاحداث. بينما توجد وقائع ممكنة أو محتملة أو فرضية، ولكن تظل عاجزة عن الفعل. فهي موجودة بالقوة Force وليست موجودة بالفعل Action

- **مبدأ التزامن(المعاصرة) Contemporarily** الوقائع في زمان ما، في مكان ما، وتسبب سلوكا ما هي إلا الوقائع الراهنة التي يمكن ان تحدث هذا السلوك الراهن الآن.

اهتم **اولبورت** بدراسة الشخصية بالمنهج الأيدوجرافي (المنهج الفردي Idiography) الذي يتسم بالعمق والشمول لحالة واحدة فريدة ومتميزة. وعارض اولبورت الاستعارة من العلوم الطبيعية ورفض التجريب وإجراء الممارسات المعملية(المختبرية) ودعا الى فصل العلوم الإنسانية عن العلوم الطبيعية. ويمكن فهم الشخصية فقط عن طريق دراسة الحالة وليس بإيجاد القوانين التي يمكن تفسيرها. (هول، وليندزي، 1969)

ووضع **كيرت جولدشتاين** Kurt goldstein عددا من القواعد النظرية المستقاة من مبادىء الجشطالت المرتكزة على الكليات Wholes وعلى التنظيم Systematization والتبدل الوضعي Transposition . وقد جمع هذه القواعد النظرية في مسلمات ثلاث هي:

- لا بد من النظر بعين الاعتبار لكل ما هو مطروح من جانب الكائن العضوي كما يتمثل في جملة الأعراض Syndromes فلا يوجد عرض أهم من آخر. والمهم ان يكون الوصف صحيحا.
- من المهم ان يكون الوصف سليما لهذه الأعراض ودقيقا من جانب الفاحص. ومن الخطأ التركيز على مجرد الأثر الناتج عن الاصابة. لأن الأثر الناتج عنها قد يكون مضللا في علاقته بالوظيفة التي حدث فيها الخلل.
- لا توجد ظاهرة بطريقة مجردة وهذا يشير الى ان الظواهر لا تلاحظ أو تفهم أو تفسر الا بالرجوع الى الكائن العضوي المعني. وكذلك بالرجوع الى الموقف الذي ظهرت فيه.

تأثر **جاردنر مورفي** Gardner murphy بالمدرسة الجشطالتية وبمفهوم الاستبصارInsight ومبادىء التحليل النفسي وديناميات الشخصية، واللاشعور والترابط Association المأخوذ عن المدرسة السلوكية، وكذلك انتقال أثر التعلم. مشيرا الى وجود أربع عمليات ثورية تطورية واضحة تماما هي:

- يوجد عدد لا نهائي من تحويلات تحدث في الكائنات فتخلق كائنات جديدة وتندثر كائنات قديمة. ويمكن لعالم البيولوجيا ملاحظة ذلك.
- تخضع معدلات التوالد لعملية انتقائية. بمعنى تقوية خصائص جسمية واختفاء خصائص ضعيفة. بمعنى ان الاتجاه نحو الأفضل. وينعكس ذلك في النضال من اجل رفع مستوى المعيشة. والسيطرة الاجتماعية.
- المؤثرات الثقافية تلعب دورا اكبر. فقد اعادت تحديد دلالات الصفات البيولوجية واصبح متوفرا نوع جديد من البشر بدأ يتزايد في الطبقات الاجتماعية المختلفة.
- أصبحت خلايا الجسم Body cells والخلايا الجنسية Germ cells متميزة تماما. واصبح من الممكن تغذيتها ورعايتها. واصبح لها القدرة على نقل الخصائص الموروثة من جيل لآخر بغض النظر عن اللغة المتخاطب بها والمهن الممارسة. والتحيزات التي من الممكن أن تتواجد في الأفراد الذين يحملونها.

يرى **بيرلز** Perlys وهو أحد مؤسسي العلاج الجشطالتي ضمن مجموعة من علماء نفس الجشطالت أمثال رالف هيفرلاين Ralph hefferline وبول جودمان Paul goodman ان أي كائن حي له اعضاء وتنظيم معين وانضباط داخلي. والكائن بطبعه ليس مستقلا عن بيئته. فكل كائن يحتاج لبيئة معينة كي يتناول المواد الاساسية. فنحن جميعا نحتاج الى البيئة الفيزيائية من اجل تبادل الهواء والطعام..الخ.

كما نحتاج للبيئة الاجتماعية من اجل تبادل الصداقة والحب والغضب. ونحن (ككائن انساني) نعمل في تناسق متناهي في التعقيد بين كل اجزاء الجسم التي تتفاعل مع بعضها البعض لتكون الكائن.

ويرى بيرلز ان الشخص يمثل ببساطة جهازا في حالة توازن، وعليه أن يقوم بوظائفه على نحو سليم.وتعادل خبرة عدم التوازن على انها حاجة لتصحيح عدم التوازن هذا والموقف الكثر اهمية هو الذي يتحكم في توجيه السلوك. ونحن بهذا. نصل الى اهم واطرف ظاهرة في علم الامراض النفسية كله وهي الانضباط الذاتي. في مقابل الانضباط الخارجي. ويشير بيرلز في هذا الصدد ان الوعي في حد ذاته يمكن ان يكون شافيا. ذلك لأننا بالوعي الكامل تصبح واعيا بهذا الانضباط الذاتي. ونقيض هذا هو مجال الأمراض النفسية.

تحدث عدد من علماء النفس عن فكرة تحديد الخصائص أو الاستعدادات التي تبدو مستقرة ومستمرة عند الفرد فنحن حين نصف الناس في الحياة اليومية . فاننا إما آن ننمطهم أو نسرد سماتهم . وفي كلتا الحالتين نحاول أن نحدد الخصائص او الاستعدادات التي تبدو مستقرة ومستمرة لديهم.

ويقصد علماء النفس بالسمات الخصائص الفريدة فربما وصف شخصية الفرد بسرد سمات مثل منافق ، أو مفكر ، أو قذر ، أو سلبي ، أو خاضع . وتمثل السمة بعدا متصلا يمكن إدراكه على أنه ربط بين صفتين متناقضتين . ويحتل الناس عادة أماكن خاصة في السمة تقع بين النهايتين . فإذا طلب منك أن تحكم على السمة الاجتماعية عند أحد الأصدقاء مثلا . فمن المحتمل أن تضع هذا الشخص أقرب إلى قطب " اجتماعي في أغلب الأحوال " منه إلى قطب " منعزل في أغلب الأحوال " وقد تشير السمات إلى جوانب متنوعة من الشخصية تتضمن المزاج والدافعية والتوافق والقدرات والقيم .

وتختلف طريقة تحديد النمط عن طريق السمات في عدة نواح جوهرية هي:

- تميل السمات إلى الإشارة إلى جوانب محددة ضيقة من الشخصية بينما الأنماط تتناول الشخصية ككل .
- تفترض الأنماط أن صفات خاصة تتجمع معا في العادة " فالنمط المفكر" مثلا : يكون عاليا في الذكاء والنفاق ومنخفض في الاجتماعية والبراعة البدنية . وقد اعتقد الطبيب الاغريقي أبو قراط ان الناس ينتمون الى أحد أنماط مزاجية أربعة هي : المكتئب والمتفائل والخامل والمتهيج . وصنف كارل يونج صاحب النظرية الفرويدية الجديدة الناس إلى : انطوائيين " خجولين ومشغولين بمشاعرهم الخاصة " أو منبسطين " اجتماعيين متحررين " وذلك في بداية حياته المهنية .

وحاولت نظريات الاستعدادات الشكلية للشخصية أن تصف وتصنف الناس وفقا للسمات أو الأنماط (تجمعات السمة) وجزءوا الشخصية ككل إلى مكونات خاصة. ومن المفترض أن كل خاصية تستمر نسبيا خلال فترة الحياة. وفي مواقف مختلفة. ومن هذه النظريات ما يلي:

فقد تمكن **ريموند بيرنارد كاتل** Raymond Bernard Cattell (Hall & Lindzey, 1978) من تحديد ست عشرة مجموعة من السمات الشخصية ووضعت لها عناوين بالحروف أولا ثم أعطيت لها أسماء سمات فيما بعد. وقد أيدت معلومات الاختبارات الموضوعية . وكذلك تقديرات سلوك الحياة الواقعية أن هذه السمات تمثل أعدادا أساسية للشخصية وتعرف هذه الخصائص الست عشرة المعروضة بالسمات المصدرية Source Traits. ويبدو أنها تتأثر بالموهبة الطبيعية ومستقرة نسبيا طوال الحياة. كما اعتبرت مصدرا لكثير من الصفات السطحية أو السمات الظاهرة Surface Traits فالسمة المصدرية التي تتحدد عند إحدى النهايات بالسيطرة وعند الطرف الآخر " بالخضوع " تعد مسئولة على سبيل المثال عن السمتين الظاهرتين : "الثقة بالنفس" "والتباهي". وبجانب تحديده لبعض المكونات الأساسية للشخصية . طور كاتل ومساعدوه العديد من استفتاءات التقرير الذاتي التي تستخدم لتمييز شخصيات الأفراد والجماعات .

وتركزت بحوث ايزنك الى حد كبير في مجال الدراسات الاكلينيكية للشخصية. كما قام باجراء بحوث تتعلق بالاتجاهات والفكاهة والجماليات وعدد من المجالات الأخرى. يعرف ايزنك الشخصية على أنها: " المجموع الكلي لأنماط السلوك الفعلية أو الكامنة لدى الكائن، ونظرا لأنها تتحدد بالوراثة والبيئة، فإنها تنبعث وتتطور من السلوكية: القطاع المعرفي(الذكاء)، القطاع النزوعي(الخلق)، القطاع الوجداني(المزاج)، والقطاع البدني (التكوين)."

يرى ايزنك أن اغلب نظريات الشخصية متعلقة بمتغيرات متشابهة وغير محددة. وقد استخدم التحليل العاملي في دراساته عن الشخصية مما اتاح له وضع نظام للشخصية يتميز بعدد صغير جدا من الأبعاد الرئيسية التي تم تحديدها بدقة فائقة. (هول وليندزي، 1969)

تصور ايزنك الشخصية بوصفها تتكون من الافعال والاستعدادات التي تنتظم في شكل هرمي تبعا لعموميتها واهميتها. وتحتل الطرز اعلى مستويات العمومية والشمولية. كما تحتل الاستجابات النوعية أكثر المستويات نوعية واقلها عمومية. وفيما بين المستويين تقع الاستجابات المعتادة والسمات.

يشارك أصحاب النظريات السلوكية أصحاب نظريات الاستعداد في التأكيد الشديد على استخدام المناهج العلمية الصارمة. وهم يميلون بصفة خاصة إلى تأكيد التجريب وبسبب إصرار علماء النفس السلوكيين على القياس المضبوط يركزون عادة على الحقائق الملحوظة. والاستجابات الفيزيولوجية والظواهر الأخرى التي يمكن تقديرها موضوعيا.

فأحيانا يدرسون الحيوانات في المعمل بهدف الاستبصار بالعمليات الجوهرية في الشخصية. وفي سبيل تفسير السلوك يؤكد السلوكيون على مبادئ التعلم والظروف البيئية

فيرى **سكنر** (Hall & Lindzey, 1978) أن الشخصية عبارة عن خيال أو وهم في جوهرها. فالناس يرون ما يفعله الآخرون ويستنتجون الخصائص المعمرة (الدوافع، السمات، القدرات) الموجودة أصلا في ذهن صاحبها ويعتقد أن السلوكيين يجب أن يركزوا على فهم ما يفعله الكائن.ويعتقد سكنر أن السلوك يمكن تفسيره بالعوامل الوراثية والعوامل البيئية. مؤكدا على دور الخبرة. خاصة ما يتعلق منها بمبادئ الاشتراط البسيط مثل التعزيز والانطفاء والاشتراط الضدي والتمييز. فسلوك الفرد كما يراه محكوم في أي وقت بالكثير من الظروف المستقلة في جوهرها.

ويؤثر نموذج الذات في الأحداث كما تؤثر بدورها في نموذج الذات . ويعتبر الجهاد في سبيل الذات هو الدافع الإنساني الرئيسي . أما الدوافع الفيزيولوجية فهي قليلة الأهمية. ويعتمد أصحاب النظريات الظاهراتية على الملاحظات الإكلينيكية خاصة تقارير الذات. كما يميلون إلى تبني هذا المدخل للشخصية. وقد اشتهرت نظرية الذات عند كارل روجرز في محاولة منه لمساعدة الناس المشكلين في التغلب على مشكلات الحياة . مطورا أفكاره بدءا من الخبرات الإكلينيكية. وعرف الذات على أنه نموذج منظم ومتسق من الخصائص المدركة للانا أو لضمير المتكلم مع القيم المتعلقة بهذه الرموز .

وقد قدم **روجرز** عددا من المبادئ الأساسية في الشخصية اشتملت على الآتي(غنيم، 1973):

- يوجد كل فرد في عالم من الخبرة دائم التغير هو مركزه فكل منا يحيا في عالم من الخبرة خاص به. عالم متغير باستمرار. فأنت لا تنزل النهر الواحد مرتين فان مياهها جديدة تجري دائما من حولك.
- يستجيب الكائن الحي للمجال كما يخبره ويدركه. والمجال الادراكي هو واقع بالنسبة للفرد. والواقع قد يكون تجريدا بالنسبة للفيلسوف أو عالم الميتافيزيقا. ولكنه بالنسبة للفرد. فان الواقع يخبره ويتقبله الفرد بجهازه الادراكي الخاص. وإذا كان لدى الفرد جهازا ادراكيا متسقا بالنسبة له. فانه سوف يكون لديه درجة معينة من القدرة على التنبؤ يمكنه الاعتماد عليها.
- يستجيب الكائن الحي الى المجال الظاهري ككل منظم.
- للكائن الحي نزعة واحدة أساسية هي تحقيق وابقاء وتقوية الكائن الحي الذي يحيا الخبرة.
- السلوك في أساسه محاولة موجهة نحو هدف هو إشباع الحاجات التي يخبرها الكائن الحي في مجاله كما يدركه.
- يصاحب الانفعال السلوك الموجه نحو هدف. ويسهل له مهمته بوجه عام. فيرتبط نوع الانفعال بتلك النواحي من السلوك التي تجد في الطلب وذلك، مقابل النواحي الاستهلاكية للسلوك. كما ترتبط شدته بمدى الأهمية المدركة للسلوك في الحفاظ على

الكائن الحي وتدعيمه.

- ان احسن موقع ممكن لفهم السلوك هو من خلال الاطار المرجعي الداخلي للفرد نفسه. فالسلوك الذي قد يبدو غريبا او لا معنى له في نظر الملاحظ الخارجي. قد يكون سلوكا غرضيا وهادفا الى حد بعيد بالنسبة للفرد نفسه. وقد تكون هناك مآخذ كثيرة ومشكلات عميقة في الوصول الى المشاعر الداخلية الاستبطانية لفرد معين. ولكن في حياة كل واحد منا نظائر في حياة الآخرين.
- يتمايز جزء من المجال الادراكي الكلي بالتدريج ليكون الذات. فالذات الظاهرية تتمايز من المجال الادراكي الكلي. والذات هي وعي الفرد بوجوده ونشاطه.
- نتيجة للتفاعل مع البيئة ومع الأحكام التقويمية للآخرين بشكل خاص يتكون بناء الذات من نمط تصوري منظم مرن ولكن متسق من ادراكات خصائص وعلاقات ال "أنا" أو "ضمير المتكلم" مع القيم التي ترتبط بهذه المفاهيم.
- القيم المرتبطة بالخبرات والقيم التي تشكل جزءا من بناء الذات هي في بعض الحالات قيم يختبرها الكائن الحي بصورة مباشرة. وفي بعض الحالات قيم يستدمجها أو يأخذها عن الآخرين. ولكن تدرك بطريقة مشوهة كما لو كانت قد خبرت بطريقة مباشرة.
- تتحول خبرات الفرد التي تحدث له في حياته الى صورة رمزية تدرك وتنظم في علاقة ما مع الذات. ويتجاهلها الفرد حيث لا تدرك لها علاقة ببناء الذات، ويحال بينها وبين الوصول الى صورة رمزية أو تعطى لها صورة رمزية مشوهة لأنها تتسق مع بناء الذات
- معظم طرق السلوك التي يتبناها الكائن الحي هي تلك التي تتسق مع مفهومه عن نفسه. فالذات تأمل في ابقاء السلوك الذي يتسق وصورة الذات. ولذا، فان أحسن طريقة لاحداث تعديل في السلوك يكون باحداث تغيير في مفهوم الذات.
- قد يصدر السلوك في بعض الحالات عن خبرات وحاجات عضوية لم تصل الى مستوى التعبير الرمزي
- ينشأ سوء التوافق النفسي حين يمنع الكائن الحي عددا من خبراته الحسية والحشوية ذات الدلالة من بلوغ مرتبة الوعي. ويؤدي هذا بدوره الى الحيلولة دون تحول هذه الخبرات الى صور رمزية والى عدم انتظامها في جشطالت بناء الذات.
- يتوفر التوافق النفسي عندما يصبح مفهوم الذات في وضع يسمح لكل الخبرات الحسية والحشوية للكائن الحي بـأن تصبح متمثلة في مستوى رمزي وعلى علاقة ثابتة ومتسقة مع مفهوم الذات.
- تدرك أي خبرة لا تتسق مع تنظيم أو بناء الذات كتهديد. وكلما زاد هذا النوع من المدركات ازداد الجمود في تنظيم بناء الذات حتى يتسنى له المحافظة على بقائه.
- في ظل ظروف خاصة تتضمن أساسا انتفاء أي تهديد للذات يصبح ادراك الخبرات التي لا تتسق مع مفهوم الذات أمرا ممكنا. كما يصبح من الممكن مراجعة بناء الذات بشكل يسمح بتمثل هذه الخبرات. وجعلها متضمنة في بناء الذات.

- عندما يدرك الشخص ويتقبل في جهاز متسق ومتكامل كل خبراته الحسية والحشوية. فانه يصبح بالضرورة أكثر تفهما للآخرين وأكثر تقبلا لهم كأشخاص منفصلين.
- عندما يدرك الشخص ويتقبل في بناء ذاته لمزيد من خبراته العضوية. يكتشف أنه يستبدل جهاز القيم الحالي لديه - وهو قائم في المقام الأول على ما استدمجه عن الآخرين وأعطى له صورة رمزية مشوهة - بعملية تقييم متصلة ومستمرة. وعندما يحرز الفرد تقدما ونجاحا وثقة في عملية التقييم. فانه يجد ان الأجهزة القديمة لم تعد تثير التهديد ولا لزوم لها.
- هذه القضية تتصل برغبة الفرد وحاجته الى الاعتبار الاجتماعي. وفي بعض الأحيان تصبح هذه الرغبة أكثر الحاحا من عملية التقييم العضوية بحيث يسعى الفرد الى الحصول على تقدير الآخرين. اكثر مما يسعى الى الخبرات التي يقدرها الكائن الحي العضوي.
- وجد روجرز حاجة ملحة الى اعتبار الذات تسير جنبا الى جنب وبشكل متمايز مع الحاجة الى الاعتبار الاجتماعي.
- ونتيجة لقوى وحاجات ومطالب الاعتبار الاجتماعي واعتبار الذات ينمي الفرد اتجاها نحو تقدير الذات.

4 :7 المعايير المميزة في اضطرابات الشخصية:

حاول علماء النفس وضع معايير محددة للفصل بين الشخصية السوية والشخصية المضطربة اشتملت على الآتي:

ويشير المعيار الاحصائي في تمييز الشخصية السوية عن الشخصية الشاذة الى ان الشخص السوي بوجه عام هو من لم ينحرف كثيرا عن المتوسط. فمن بلغ طوله ثلاثة امتار مثلا يعتبر شخصا شاذا عن مجموعته. وينظر هذا المعيار الى الانحراف السلبي الظاهر بين الناس. فيضم الشخص ضعيف العقل لا العبقري، والعصابي او الذهاني لا الشخص الناضج المتزن. وقد تم وضع معايير تحدد الشخصية السوية من الشاذة في صورة اختبارات ومقاييس يمكن من خلالها فرز الشخصية السوية من الشخصية الشاذة.

بينما يشير **المعيار المثالي التحليلي Analytic criterion** الى ان الشخص السوي هو الشخص الكامل، او ما يقترب من الكمال. ويرى منظروا مدرسة التحليل النفسي بأن ليس هناك شخصية سوية. او شخصا كاملا. وهم يركزون بذلك على المرض النفسي والشخصية الشاذة. مما يتعارض مع وجهة النظر الاحصائية في تحديد معيار الشذوذ.

ويتحدث **المعيار الاجتماعيSocial criterion عن** الشخص السوي باعتباره الشخص المتوافق مع المجتمع، وهو الشخص الذي يكون قادرا على مجاراة قيم مجتمعه ومعاييره وقوانينه واهدافه. والانحراف بحسب هذا المعيار هو من خالف قيم وقوانين واهداف مجتمعه. الا ان هناك مجتمعات متباينة في القيم والقوانين والعادات . فما يكون سويا في مجتمع قد لا يكون سويا لدى مجتمع آخر. والمعيار الاجتماعي في

هذا النسق يجعل الفرد منقادا لمعايير مجتمعه حتى لو اتفق جميع الافراد على استعمال المخدرات او الادمان على المشروبات الروحية كسلوك عامم يرضى به الجميع . ومثل هذا المعيار يختلف من مجتمع وآخر فيختلف السلوك في كل مجتمع من المجتمعات ان كان السلوك سويا او شاذا. خذ على سبيل المثل كشف العورة عند القبائل البدائية في الطريق أمر اعتيادي. وقد يكون كذلك في المجتمعات الغربية المتحضرة. لكنه في المجتمعات العربية أمر معيب يعاقب عليه القانون.

يرى منظروا المعيار الطبي النفسي **Psychomedical criterion** ان الشخصية الشاذة هي نتاج صراعات نفسية لاشعورية. او تلف في الجهاز العصبي. ومثل هذا المعيار يمكن تطبيقه على اي مجتمع بعيدا عن المعايير الاحصائية او الاجتماعية ويتفادى عيوبهما. ويشير ياسين (1981) في هذا الجانب الى السلوك السلوك والسلوك الشاذ متداخلان فيما بينهما بحيث لا نستطيع تحديد حد فاصل بينهما تحديدا حاسما. وان هناك شخصيات تتسم بشذوذ واضح لا يرقى الشك اليها

7: 5 انواع اضطرابات الشخصية:

تشير اضطرابات الشخصية الى انحراف في تكوين الشخصية يحد من إمكانيات الشخص على التوافق ويفقد القدرة على تكوين علاقات متوافقة مع الآخرين ، كما يكون في حالة استثارة وغضب دائمين . ويكون غير معني بحدود وضوابط المجتمع من حوله. وغير قادر على الاكتفاء الاقتصادي . وهناك أنواع مختلفة من اضطرابات الشخصية نعرض منها الحالات التالية: (Holmes,1991)

7: 5: 1 اضطرابات في نمط الشخصية **Disorders of type:**

أولا: الشخصية العاجزة **Inadequate personality:**

يتميز الافراد من ذوي الشخصية العاجزة ب:

- الاتسام بعدم الثقة في النفس
- احكامهم ضعيفة وسخيفة
- الاستجابة غير المناسبة للمثيرات العقلية والانفعالية والاجتماعية والجسمية
- الاعتماد على الآخرين
- التردد

- طاقتهم واهنة ودافعهم ضعيف، وهدفهم يشوبه الغموض
- عدم الحيوية وسرعة التعب وعدم تحمل أي ضغط
- عدم القدرة على التكيف لمواقف معينة كالزواج او الحياة المنزلية او العمل
- فاشلون في الارتفاع الى مستوى القدرات التي يتمتعون بها فعلا
- ليسوا قادرين على التكيف
- معظم الافراد من هذه الفئة هم من الطبقات الفقيرة ذات الدخل المحدود وفي ملفات البطالة
- نمط دائم من الفشل والعجز المزمن عن الوفاء بمطالب الحياة
- يعانون من مشكلات يصعب حلها من قبلهم
- يفتقرون للتبصر والتخطيط والمثابرة

ثانيا: الشخصية الفصامية الانشطارية Schizoid:

تتسم الشخصية الفصامية بالانعزالية والخجل والخوف من العلاقات الوثيقة مع الآخرين. وعدم القدرة على الاندماج في أنشطة معهم والتعبير عن الشعور بالسيطرة والكراهية. وكذلك الشعور بعدم الكفاءة والنقص. وزيادة في فترات أحلام اليقظة لديهم وبالتالي فان افراد هذه الفئة يتسمون بعدم القدرة على الاندماج في علاقات شخصية مع الآخرين، وعدم الاحتكاك المباشر بالحياة. والالتفاف حول الذات، والتمادي في احلام اليقظة، واشباع الذات بتخيلات بارانوية ، وخواف وجبان ، ويتجنب المنافسة، والاطاعة الشديدة، والخجل المفرط، والحساسية الزائدة، الانسحابية الكاملة، الانطوائية، واطواره غريبة ومثالية، بعيدة عن الواقع، ويعتبر شخصا فصاميا ولا يلبث ان يتحول الى شخصية ذهانية يصبح شفاؤها صعبا. ونادرا ما يكون لديه دوافع عاطفية

ثالثا: الشخصية الدورية Cyclothymic :

تنتاب الشخصية الدورية فترات من الابتهاج يتبعها فترات من الاكتئاب البسيط. فيشعر الشخص المبتهج بالحيوية والثقة بالنفس والمرح. وفي حالة الاكتئاب ينقلب كل ذلك الى تعب وحزن وعدم ثقة بالنفس ويقل مستوى نشاطه وينعزل اجتماعيا. وازاء ذلك فان افراد هذه الفئة يتميزون بالانبساط والمودة الشديدين، كثيروا السخاء والكرم في كل مجال لكنهم سرعان ما تنقلب حالتهم الى هياج وغضب بمجرد ان يصادفوا شيئا يعرقل رغباتهم ودوافعهم، وسريعوا التقلب من مرح وسعادة الى حزن وكآبة ويعزى ذلك الى عوامل نفسية داخلية اكثر من كونها مؤثرات خارجية وحين تشتد هذه الحالة عندهم فانهم يتحولون الى استجابات الهوس والاكتئاب المتقلبة.

رابعا: الشخصية البارانوية Paranoid:

يتميز الشخص الذي يعاني من اضطراب البارانويد بالاستثارة التي قد تظهر فجأة في نوبات من الغضب والتشكك، والبرود والابتعاد عن الآخرين والنكد والانعزالية، والتشكك فيمن حوله اعتقادا منه أنهم يكنون له الحقد والكراهية، وصعوبة في التعامل مع الاخرين، وتكثر فيه الهذءات، كما يميل الى اسقاط الشك والحسد والغيرة الشديدة على علاقاتها مع الاخرين. ويواجه الاحباط بالقوة والعدوانية. وذا حساسية مفرطة في علاقاتها الشخصية . شرس في سلوكه. وغير قادر على إقامة علاقات طبيعية مستديمة مع الآخرين. وقد يندفع ازاء الضغط الشديد الى ذهان بارانوية تفاخرية متعاظمة. ويعاني من مشكلات اسرية متتابعة

7: 5: 2 اضطرابات في سمة الشخصية Form

من ابرز أنواع الاضطرابات المستندة الى سمة الشخصية ما يلي:

أولا: الشخصية العصابية Neurotic:

تتسم الشخصية العصابية بالتوتر ، التغير المزاجي السريع، وسرعة الغضب، الحساسية المفرطة، وعدم الشعور بالأمن النفسي، تعاني من فهم وتفكير بطيئين، وسلوكها جامد ومتكرر لاتجديد فيه، وسريع الملل والضيق، وتعاني من تشتت في الذهن وعدم القدرة على التركيز، وتعاني من ضعف في اتخاذ القرار، وتعيش واقعها لكنها من الداخل مقيدة بضغط شديد

ثانيا: الشخصية غير المتزنة انفعاليا Stable emotionally:

تتسم هذه الفئة من الافراد بالاندماج في حالات انفعالية شديدة بمجرد الوقوع تحت تأثير الضغط مهما كان بسيطا. وتحب الجدل والمشاكسة. ويصابون بنوبات هستيرية في حالات الحوادث والكوارث وفي علاقاتهم بالاخرين، وتتصف بالتقلب والهوائية، كما يعانون من هياج انفعالي يؤدي بهم الى عدم القدرة على الضبط الارادي واتخاذ القرار، ويلقبون احيانا بالسيكوباتيين غير المتزنين انفعاليا

ثالثا: الشخصية السلبية – العدوانية Passive – aggressive:

تتسم الشخصية السلبية – العدوانية بعدة سمات قد تجتمع معا في شخص واحد ، وقد تكون احداها عند الشخص دون الاخرى وهذه السمات هي: النمط السلبي الاتكالي The passive dependent type، والنمط السلبي العدواني The passive aggressive ، والنمط العدواني The aggressive type، والنمط السلبي التنمري او الاستقوائي The passive bullying type ومن مظاهر هذه الانماط :

العجز وعدم القدرة على حسم الامور، ويتضايقون من تحمل المسؤولية ويصابون بالذعر والقلق، وهم بحاجة ماسة للسند العاطفي القوي في كل المواقف، كما تربطهم علاقات انسانية مع الآخرين من طرف واحد، وبعضهم يتصف بروح عدوانية او تنمرية، وتظهر الكراهية لديهم بالعبوس والتجهم والعناد، ويقومون بالمقاومة السلبية والمناورات المعرقلة الخبيثة. وقد يتذمر البعض بشكل مرضي، فينشرون الشائعات المليئة بالحقد والضغينة، وليس لديهم نضج شخصي او ضبط ارادي.

رابعا: الشخصية القهرية Compulsive – Personality:

تتميز الشخصية القهرية بالدقة والتنظيم المفرطين، والضمير القاسي، والتمسك بالمعايير الاجتماعية والخلقية مما يضايق الكثيرين من حولهم. وتشوب علاقاتها الشخصية بالاخرين المشاكل، وتميل لفرض معاييرها على الاخرين. كما تسبب للاخرين الضيق والكدروتتشابه في سلوكياتها مع الشخصيات العصابية القهرية

خامسا: الشخصية الهستيرية Hysterical:

يتميز افراد الشخصية الهستيرية بالاتكالية على الآخرين، واظهار سلوكه الجنسي بطريقة فاضحة، والبحث عن وسائل لجذب الانتباه، والتظاهر بالخجل أمام الجنس الآخر، والتقلب الانفعالي، والتقلب المزاجي والتوتر. والتلهف للعطف من الاخرين، والتمركز حول الذات، والسلوك التمثيلي، والعجز عن مواجهة مشكلات الحياة، وعدم الاستقرار الانفعالي، او على تحمل المسؤولية وانما يبحث عن بديل لذلك، وعدم النضج، والكبرياء، واللامبالاة، والنوبات الهستيرية، والهروب من المسؤولية

سادسا: الشخصية الوسواسية Obsessive :

يتسم اصحاب الشخصية الوسواسية بتسلط الافكار الوسواسية الغريبة على عقله دون ان يعرف لها سببا. والشخص الوسواسي يتميز بالنظام الزائد وعدم التبذير وتبلد العلاقات مع الآخرين. وعدم القدرة على تحمل النظام والقذارة والعمل غير المكتمل . يستطيع المثابرة في العمل. ولكن تنقصه المرونة وينتابه قلق شديد ، وشعور بالذنب . غير قادر على التكيف في العطلات وأوقات الفراغ الطويلة . شديد التمسك بالأخلاق ويتبع حرفية القانون .

سابعا: الشخصية الاندفاعية :

يتميز الشخص الاندفاعي بنوبات من الغضب الشديد. يوجه في عدوانه اليدوي أو اللفظي الى الآخرين . ثم ينتابه الأسف بعد ذلك ويطلب الصفح عما يصدر منه . وهو غير قادر على السيطرة على أفعاله أثناء نوبات الغضب هذه والتي قد تحدث

على فترات متقطعة . كما يتميز هذا الشخص بعلاقات اجتماعية جيدة مع الآخرين ويكون محبوبا لديهم

7: 3 اضطرابات سيكوسيسيولوجية Psycho – social:

7: 3: 1 الشخصية اللااجتماعية Anti - social:

الشخصية اللااجتماعية هي تلك الشخصية التي تهمل المعايير الاجتماعية وتعاني صراعا مع القيم وكثير منهم يتحولون الى لصوص ومتشردين ومحترفين للدعارة. ويدينون فقط لجماعتهم الصغيرة التي ينتمون لها والتي تكون خارجة على تقاليد المجتمع واعرافه. ويعزو العلماء ان هؤلاء الناس هم نتاج تعلم مكتسب من البيئة والاسرة والمجتمع الذي عاشوا فيه لتلك السلوكيات.

وتتميز الشخصية اللااجتماعية بالصراع المزمن مع الآخرين ومع المعايير الأخلاقية للمجتمع، وينقصه الحس بحقوق واحساسات الآخرين، وعدم القدرة في بناء علاقة تتميز بالإخلاص والمحبة، والتمركز الشديد حول الذات، وعدم الشعور بالذنب أو القلق أو الخجل بشكل واضح عن أفعاله الخاطئة، وعدم تحمل المسؤولية ، وهو غير قادر على تحمل مواقف الإحباط لديه، وتكون أهدافه قصيرة غير قادر على المثابرة في عمله، كما يتجنب المحاسبة عن أفعاله ويتهرب من هذا الموقف بالكذب أحيانا كثيرة

7: 3: 2 الشخصية المنحرفة جنسيا Sexual deviation:

الغريزة الجنسية من اقوى الغرائز في سلوك الفرد وشخصيته، ومن اكثرها أثرا في سلوكه، وصحته النفسية. كما تلعب العوامل النفسية والعضوية دورها في هذا الدافع لا سيما الهرمونات التي تفرزها الغدد الجنسية.

والانحراف الجنسي سلوك يستهجنه المجتمع ويتعارض مع قوانينه ومعاييره واعرافه. ويربط علماء النفس هذه الانحرافات بحالات عصابية او صراعات لاشعورية تبدأ عند الشخص في طفولته وتزداد انحرافاتها مع التقدم في العمر. ويتم بها اشباع الحالة الجنسية بوسيلة غير وسيلة الجماع الجنسي العادي بين الجنسين المختلفين . وتصاحبها الاستثارة والرغبة الجنسية وذروة الجماع الجنسي وهي على النحو الآتي : (Kay & Tasman, 2000)

أولا: الجنسية المثلية Homosexuality:

يقصد بالجنسية المثلية الرغبة في الاتصال الجنسي مع أفراد نفس الجنس . حيث يسمى الاتصال الجنسي المثلي للإناث بالسحاق . ويسمى الاتصال الجنسي المثلي للذكور

باللواط . وتعتبر الجنسية المثلية أكثر الانحرافات الجنسية شيوعا . وهي تختلف من مجتمع لآخر .ولايقتصر السلوك الجنسي المثلي على طبقة اجتماعية واقتصادية معينة .

ثانيا: الاستعراء Exhibitionism:

ويقصد به عرض الأعضاء التناسلية في الأماكن العامة كوسيلة للإشباع الجنسي عند الذكور . بينما تجد الإناث لذة بدرجة أكبر عند عرضها أجزاء أخرى من الجسم .

ثالثا: التفرج :

ويقصد به الحصول على الإشباع الجنسي من مشاهدة الأعضاء التناسلية أو الأنشطة الجنسية للآخرين ويعتبر هذا النوع من الانحرافات الأكثر شيوعا بين الذكور منه عند الإناث . وغالبا ما يعاني المريض قلقا بسبب النشاط الجنسي فيسعى للإشباع الجنسي بمشاهدة الآخرين في جماع جنسي أو عندما يكونون عرايا .

رابعا: تحول الزي :

ونعني به حصول الشخص على الاستثارة الجنسية والإشباع الجنسي بارتداء ملابس الجنس الآخر . ويشيع هذا النوع من الانحراف بين الذكور أكثر منه بين الإناث وعادة ما يقوم المريض بارتداء ملابس الجنس الآخر في سرية تامة على الرغم من أنه قد يظهر بها أمام الآخرين أحيانا .

خامسا: الفينيشية :

ويقصد بها الحصول على الاستثارة الجنسية والإشباع الجنسي من موضوعات كالأحذية أو الملابس الداخلية أو من أجزاء من الجسم كالأقدام أو الشعر تتعلق بأفراد من الجنس الآخر . ويظهر هذا الانحراف عادة بين الذكور حيث يمر المريض بخبرات تتميز بحالة من الخوف الشديد من العلاقات الوثيقة بالجنس الآخر .

سادسا: السادية والماسوكية :

تتضمن السادية الحصول على الاستثارة الجنسية والإشباع الجنسي عن طريق إحداث الألم أو الإهانة بالشريك. بينما تشير الماسوكية إلى الحصول على الاستثارة الجنسية والإشباع الجنسي عن طريق المعاناة من الألم أو الإهانة. وغالبا ما توجد السادية والماسوكية معا لدى الشخص المريض بالرغم من سيادة واحدة منها على الأخرى .

سابعا: تحول الجنس :

يقصد بتحول الجنس الرغبة القهرية الشعورية في أن يغير الشخص من جنسه . ففي حالة الذكور : تفكير الشخص الذكر وإحساسه بالقيام بأفعال كما تفعل الأنثى . بالرغم من سويته من الناحية البيولوجية . وقد تصل به الحال إلى رغبته في إجراء عملية جراحية تغير من جنسه إلى الجنس الآخر .

ثامنا: حب الأطفال :

ونعني به الاستثارة الجنسية والإشباع الجنسي عن طريق الاتصال الجنسي بطفل أو شخص غير ناضج جنسيا من كلا الجنسين . ويكون جنس المريض في هذه الحالة ذكرا وقد يكون يعاني من حالة من الجنسية المثلية او الغيرية .

تاسعا: حب الحيوانات:

ونعني بها الحصول على الإشباع الجنسي من الحيوانات . وذلك بالجماع الجنسي الفعلي مع الحيوانات وليس الاستثارة الجنسية بمشاهدة النشاط الجنسي للحيوانات . وينتشر هذا النوع من الانحراف في المناطق الريفية حيث يكون الأفراد منعزلين اجتماعيا ويتسمون بشخصي فصامية والذهان أو التخلف العقلي.

عاشرا: العنة:

تعرف العنة بعدم انتصاب القضيب أو ضعفه مما يعيق عملية الجماع بين الجنسين. وهناك عدة عوامل نفسية وبيولوجية تسبب هذه الحالة. أما العوامل البيولوجية فتتمثل في الحالة العامة للجسم من أنيميا وسوء تغذية وأمراض معدية وأورام وسكر ونقص هرمون الثوركسين. وكذلك أمراض الجزء العجزي من الحبل الشوكي واضطرابات المثانة والبروتستاتا وفقدان الخصي وتقدم السن . وتتمثل العوامل النفسية في القلق والخجل او الشعور بالذنب او الخوف او الغضب.

حادي عشر: اضطرابات القذف :

يعرف القذف المبكر بذروة الجماع التي تحدث قبل إدخال القضيب في المهبل او بعد إدخاله مباشرة . ويشيع هذا العجز بين الرجال الذي يسبب لهم ضيقا شديدا ويقلل من الإشباع الجنسي للأنثى .

ثاني عشر: البرود الجنسي :

يقصد به النقص الجزئي او الكلي للذة الجنسية أو الإشباع الجنسي للمرأة. وهو اضطراب شائع. لكنه لا يحدث عند المرأة عجزا كما يحدث عند الرجل. وقد تؤدي المرأة عملية الجماع دون أن يكون لها رغبة في ذلك أو دون ان تحصل على لذة.

ثالث عشر: آلام الجماع وانقباض المهبل:

وهذا الانحراف يتوافق في الغالب مع البرود الجنسي الشديد أو المزمن. وقد توجد أيضا مع درجات بسيطة من البرود في حالة النساء الحديثات اللائى ينقصهن الخبرة في هذا المجال .

رابع عشر: الرغبة الجنسية الزائدة:

الرغبة الجنسية الزائدة عادة ما تكون مظهرا لمشاكل نفسية . لكنها قد تحدث نتيجة لأسباب عضوية كالتهابات في المنطقة الطرفية من المخ . كما قد تظهر الرغبة الجنسية الزائدة أثناء نوبة التشنج في الفص الصدغي نتيجة استثارة الجهاز الطرفي والهيبوثلاموس والنواة اللوزية . فقد ينتاب كلا من الرجل أو المرأة رغبة جنسية زائدة . وغالبا ما ينقص هذا النشاط الجنسي الزائد حالة الإشباع ولذة الذروة وبهذا لا يحصل الشخص على الإشباع الجنسي التي يرغب بها مما يحدث له أعراض عصابية مثل عدم الاستقرار وقلة التركيز وعدم الرضى عن الحياة .

7: 3: 3 الشخصية المدمنة على الكحول Alcohol addiction:

يعد الادمان على الكحول اضطرابا من اضطرابات الشخصية ووسيلة للتنفيس عن الكبت والكآبة والضيق. وقد يحدث كمرض عقلي دون ان تكون هناك اعراض ذاتية او عصابية لدى الشخص. ويعتبر الادمان على الكحول مشكلة اجتماعية في عدد من دول العالم خاصة في الولايات المتحدة الامريكية حيث يزداد المدمنون على تناول الكحوليات يوما بعد آخر وتزداد معها غياب العاملين عن اعمالهم وظهور الحوادث الصناعية. واصبحت تهدد العائلة بالتفكك الكامل.

وتشير الدراسات التي اجريت في هذا المجال بأن تأثير الكحول في بدايته يبعث في الجسم نوعا من التنبيه والاثارة. ولكن سرعان ما تتحول الاثارة الى ارتباك وكآبة لازدياد نسبة الكحول في الدم وارتباطه في احداث التهبيط في مراكز المخ العليا. مما يؤثر بعد ذلك على مراكز التآزر الحركي العصبي. وبالتالي قد يحدث فقدانا للقدرة على الكلام او اللجلجة . وتتأثر الذاكرة والانتباه والحساسية والتوازن لدى مدمني الكحول.

7: 3: 4 الشخصية ذات الاستجابات اللااجتماعية Anti - Social:

تتميز الشخصية ذات الاستجابات اللااجتماعية بعدم النضج الانفعالي وضعف الحكم وعدم تقدير نتائج السلوك. وغالبا ما يكون الافراد الذين يعانون من اضطراب الاستجابات اللااجتماعية من الجانحين والسارقين والمشاكسين واصحاب الجرائم. ويعزو العلماء هذا الاضطراب الى خلل تنموي تكويني في شخصية الفرد كأن يصاب بخلل في

الوظيفة النيورولوجية للدماغ اصابة مباشرة تؤدي به الى تغيرات في الدماغ او وجود التهاب سحائي أو غيره.

وتعكس الشخصية اللااجتماعية حالات الاهمال من الابوين او التدليل الزائد او ضعف التوحد الذاتي مع المجتمع. وقد اكدت الدراسات التي اجريت في هذا المجال على ان الاسر التي ينقص افرادها الحب والعطف والرعاية. والتدليل الشديد يولد كراهية المسؤولية والاتكالية وضعف الثقة بالنفس والانهيار اما اي صدمة والتعويض عن الفشل بالعدوان على المجتمع ومعارضته.

وكشفت الدراسات كذلك عن سمات الشخص اللااجتماعي التي يمكن تحديدها بالتالي (ياسين، 1981):

- العجز عن فهم القيم الخلقية الاجتماعية وفقدان الطاعة لقيم المجتمع ومعاييره
- عدم اكتمال النضج العقلي للفرد ووجود فارق كبير بين مستوى ذكاء الفرد ونمو الضمير لديه
- الاندفاع المتمركز حول الذات وعدم تحمل المسؤولية، وضعف القدرة على كبح الجماح النفسي او اتخاذ القرار
- الميل الى التذبذب والتخريب المتعمد
- العجز من الاستفادة من الاخطاء والخبرات العادية
- عدم الضبط الارادي وتفضيل المصلحة واللذة العاجلة والآنية دون انتظار للمكاسب الآجلة او تأجيل اشباعها كسرقة السيارات مثلا او سرقة المجوهرات.
- استخدام الاخرين لمصالحه الخاصة باسلوب يعكس شخصيته الضعيفة والتدليل على سخريته وقسوة قلبه وافتقاره للعاطفة
- ضعف القدرة على تحمل الضغط والميل لاهمال النظام ومقاومة السلطة واستخدام شتى اصناف الكذب والاحتيال للتخلص من المسؤولية والقاء اللوم على الآخرين دون الشعور بالارتباك أو تأنيب الضمير

7: 3: 4 الشخصية المدمنة على المخدرات Drug addiction:

يعد الادمان على المخدرات من اشد الانحرافات الشخصية في عصرنا الحاضر واعظمها خطورة على حياة الافراد. ويتحدث علماء النفس عن هذا الانحراف باعتباره يعكس اضطرابا أساسيا في شخصية الفرد. يرافقه ادمان على الكحول وحالات عصابية او ذهانية.

وتنتشر المخدرات في شتى انحاء العالم باشكال ونماذج مختلفة منها: الحشيش او الماراوانا والمورفين والهروبين المشتقان من الافيون والكوكائين واصناف أخرى

عديدة خاصة ما يسمى بال L.S.D والسبيد Speed كسائل وحبوب وحقن. وقد بين الباحثون ان الدوافع وراء ادمان المخدرات يكمن في الاتي:

- الرغبة في النشوة والسعادة والخروج عن المألوف
- حب الاستطلاع
- الخروج من ضغوطات الحياة المادية والتماس طريق آخر يعيد للانسان شعوره بذاته الفردية
- الصراعات النفسية والكبت والتقاليد والانهيار والتفكك العائلي والهروب من المسؤوليات والضغوط
- تراجع مفاهيم القيم الخلقية في الاسرة والمجتمع والمدرسةوضعف الوازع الداخلي للفرد
- التنافس الشديد والتكالب المادي في شتى مجالات الحياة
- التعلم بالملاحظة والتقليد كسلوك يقوم به المحيط من الرفاق والاسرة والمجتمع ولا يلبث ان يصبح عادة متسلطة يمارسها الفرد.

وتختلف اعراض الادمان على المخدرات حدة وشدة بحسب درجة الادمان وزمنه. والادمان بشكل عام يؤثر فيزيوكيميائيا على الشخص ويصيبه بشرود الفكر والاسترخاء المؤقت والخمول وانخفاض الدافع الجنسي. وتغير في ادراك الزمان والمكان وضعف في الحركات الارادية في الدماغ. وفقدان الشهية للطعام والشراب والتعرق المفرط والاكتئاب النفسي، واضطراب في درجة الحرارة وقيء واسهال وتشنجات وارتجاجات. يرافقها هلوسات وهذيان وشعور بالقلق والهلاك المحقق (Nevid, 2003).

ويشعر المدمن على المخدرات بأنه كبير جدا لاتساع حدقة العين والتنبيه الشديد في المراكز الحسية في الدماغ. ويكون في حالة تخدير شديدة يصعب معها التحرك. لا يلبث ان ينقلب هذا الشعور الى احساس بالصغر والنزول وان هناك من يريد اصابته بالأذى.

8: الاضطرابات النفسجسمية

8: 1 المقدمة:

تؤكد الدراسات والبحوث المعملية على ان العوامل النفسية تؤثر بشكل او بآخر على اجهزة الجسم المختلفة . وان هناك علاقة وثيقة بين البعد النفسي والبعد الجسمي في الفرد . والمريض الذي يعاني من مرض نفسجسمي يعاني من مرض جسمي يرجع جزئيا او كليا الى عوامل انفعالية . (Holmes, 2001)

ويعاني الافراد من انفعالات شديدة جراء تعرضهم للضغوط خاصة وان هناك ردود نفسية وجسمية تحدث لهم وتؤثر في مسار حياتهم. وقد اشار ايزنك في دراسته التي

اجراها على اكثر من 4000 شخص في السنوات العشر الاخيرة بأن هناك ارتباطا قويا بين الضغوط وعدد الوفيات مما يؤكد على الاثر الفاعل الذي تتركه الضغوط على الفرد.

8: 2 اسباب الاضطرابات النفسجسمية:

اشار تقرير لجنة خبراء الصحة العقلية عام 1964 بأن الضغوط Stresses والمعاناة Strain تمثل حجر الزاوية في كل الاضطرابات النفسجسمية . وان شدة الضغوط والمعانة قادرة على انتاج تغيير في الكائن يعرف باسم العناء. وان الشدائد التي تحدثها الضغوط النفسية عبارة عن احداث تحدث تأثيرات داخلية عن طريق الجهاز الادراكي للكائن . وما الانفعال الناتج من تلك الشدائد الا حلقة الوصل بين المجالين النفسي والجسمي خاصة ما تعلق منه بالقلق. وتقوم العمليات الدفاعية النفسية بمنع القلق من التطور الى قمته رغم ان تلك العمليات تقلل من الاحداث الفسيولوجية لكنها لاتبعدها تماما. لأن كمية من انفعال القلق تظل باقية ليكون لها أهميتها في المرض.

وتعمل العمليات الدفاعية الى استخدام العديد من الميكانزمات التي تسعى جاهدة لتحقيق التوازن لدى الكائن لكن تكرار تلك العمليات سوف يؤدي بالضرورة الى تغيير الوظيفة وبالتالي تغيير في انسجة الجسم مما يصعب اصلاحه فيما بعد.

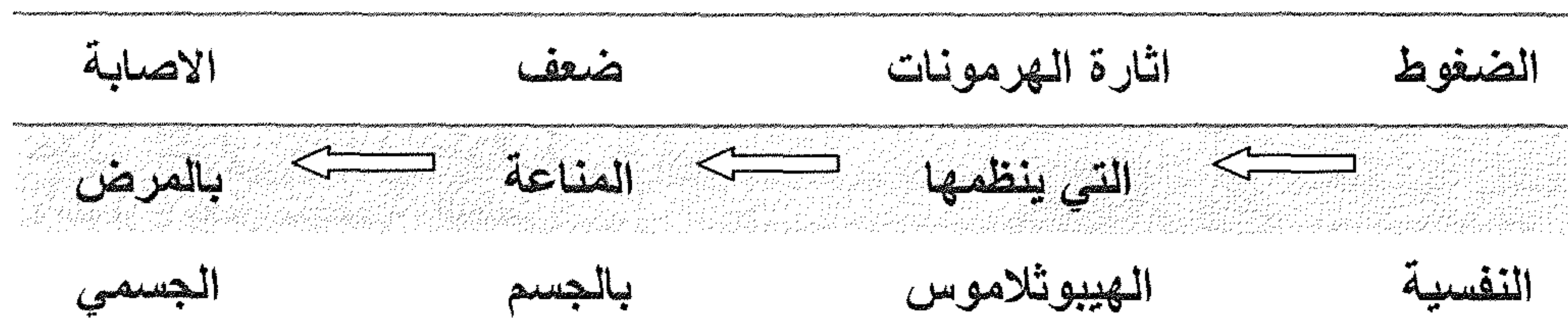
كما ان العلاقة النوعية التي تربط طبيعة الشدة النفسية ونظام العضو الداخلي في العملية الدفاعية وهو العضو المهيأ للمرض. والذي يتوقف استعداده للمرض على عدد من العوامل من اهمها (امام والرمادي، 2001):

- الاستعداد التكويني الذي يقوم على الوراثة
- وجود استعداد تكويني نتيجة للخبرات الاولى وهي الخبرات الفسيولوجية والنفسية وتبدأ بفترة الحمل ويليها فترة المهد وهكذا.
- التغيرات الشخصية في مراحل العمر المتقدمة التي تؤثر في نظم الاعضاء
- ضعف عضو من الاعضاء الناتج عن حالات الاصابة او العدوى
- وجود العنصر في حالة نشاط لحظة الاجهاد النفسي او الثورة الانفعالية
- المعنى الرمزي للعضو في نظام شخصية الفرد
- توقف النمو النفسي وبالتالي جمود العضو في تطور وظائفه.

ويكثر تعرض الشخص لانواع مختلفة من الضغوط مما يعني حدوث اضطرابات نفس جسمية مثل حب الشباب واضطرابات الاكل والام الصداع وتقلصات القلب

وصعوبة التنفس وقرحة المعدة. وكذلك العادات السلوكية الخاطئة المتصلة بصحة الفرد التي تؤثر في ظهور الخطر المتصل بأمراض معينة كالتدخين مثلا والايذاء الجسدي وغيرها. وكثير من الاضطرابات النفسية تنشأ من امراض جسدية كالتهابات المفاصل والامراض المزمنة والمشكلات الجسمية الظاهرة.

وتشير الدراسات المرتبطة بهذا المجال الى وجود علاقة ارتباطية بين الضغوط النفسية ووظيفة الجهاز العصبي وجهاز المناعة يوضحها الشكل التالي (تايلور، 2008):

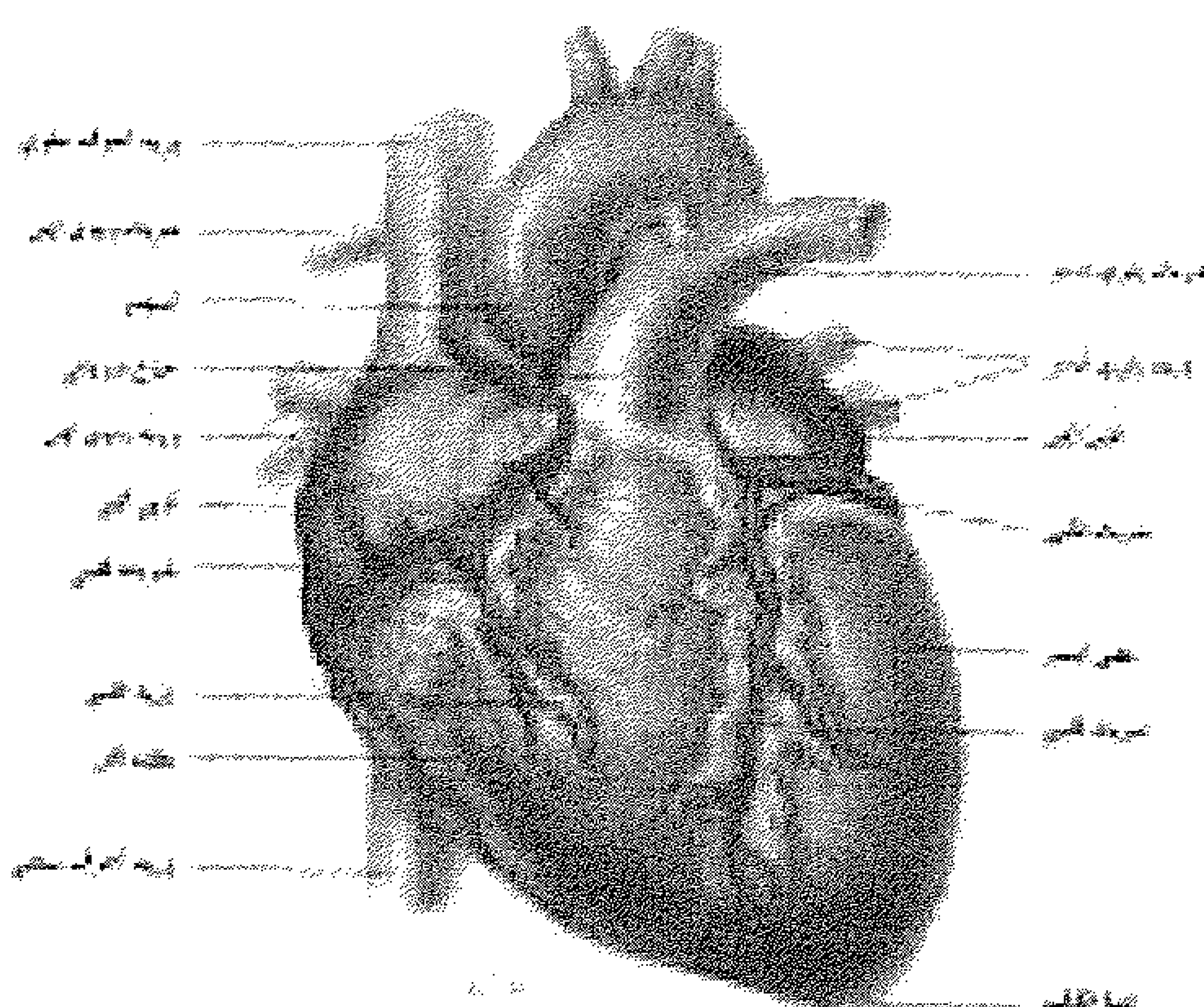


8: 3 اضطرابات الجهاز الدوري الدموي:

يسبب الضغط النفسي القلق الذي يزيد من سرعة نبضات القلب ودفع الدم وارتفاع في ضغط الدم كما يؤدي إلى تغيرات في انتظام عمل القلب. كما يرتبط الاكتئاب واليأس بقلة سرعة نبضات القلب ودفع الدم وانخفاض ضغط الدم . وتشير البيانات الاكلينيكية إلى ان المواقف الضاغطة لدى الفرد تساعد في الإصابة بمرض الشريان التاجي والذبحة الصدرية . بالرغم من وجود حالات يتدخل فيها الجانب الوراثي والتمثيل الغذائي للدهون في تشخيص الحالة.

8: 3: 1 جهاز القلب الوعائي The cardiovascular system:

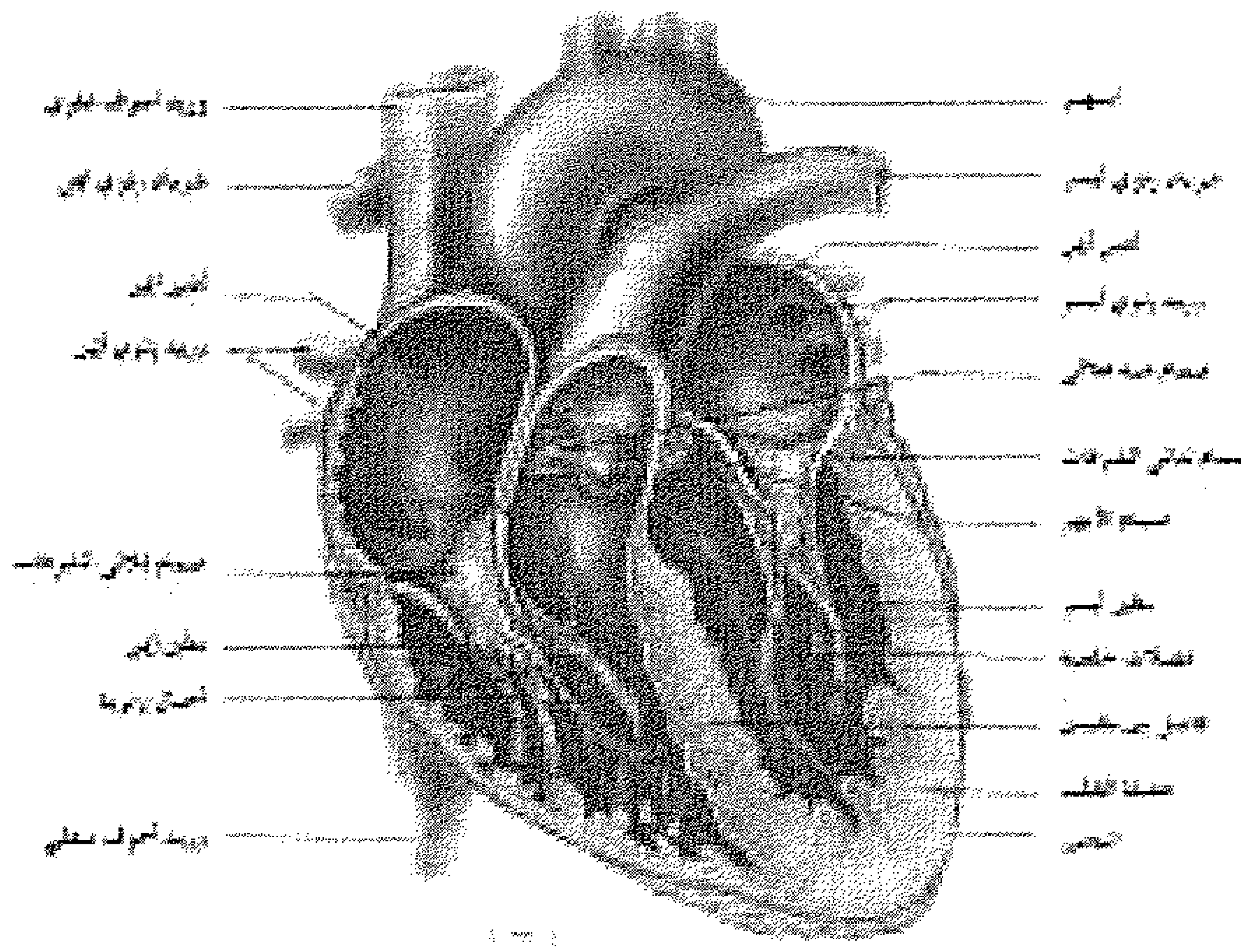
يتكون جهاز قلب الوعائي من أجهزة القلب والاوعية الدموية والدم التي تعمل كأنظمة نقل في الجسم. اذ يحمل الدم الاكسجين من الرئتين الى الانسجة ويحمل ثاني اكسيد الكربون من الانسجة الى الرئتين بحيث يتم طرده مع الزفير.



وهناك اشكال عديدة من الاوعية الدموية التي توصل الدم الى المناطق المختلفة من الجسم. وتحمل الشرايين الدم من القلب الى اعضاء الجسم الاخرى. وتقوم الانسجة بدورها في امتصاص الاكسجين والمواد الغذائية (تايلور، 2008).

تتشعب الشرايين الى شعيرات دموية دقيقة Capillaries تقوم بحمل الدم الى كل خلية في الجسم. وتتسع هذه الشرايين وتضيق بناء على التغيرات المختلفة التي تحدث في الجسم. أما الاوردة Veins فتقوم باعادة الدم الذي سحب منه الاكسجين الى القلب.

يعمل القلب كعمل المضخة فهو يضخ الدم بحيث يؤدي الى دوران الدم في الجسم. ويقوم القسم الايسر منه والذي يتكون من الأذنين الأيسر Atrium ومن البطين الأيسر Ventricle بأخذ الدم المحمل بالاكسجين من الرئتين ثم يتم ضخه عبر الاورطة Aorta (وهو الشريان الرئيسي الذي يخرج من القلب ويحمل الدم) الى الاوعية الدموية الدقيقة والتي تقوم بدورها الى ايصال الدم الى انسجة الخلايا. ويقوم القلب بوظائفه من خلال تكرار عملية متواترة لأطوار عدة منتظمة التقلص والاسترخاء. وتسمى بالدورة القلبية Cardiac cycle التي تتميز بطورين اثنين هما: الانقباض Systole: وفيه يتم ضخ الدم من القلب مما يؤدي الى زيادة ضغط الدم في الأوعية الدموية. والانبساط Diastole وفيه تسترخي العضلات ويهبط ضغط الدم مما يؤدي الى رجوع الدم الى القلب (تايلور، 2008)



غالبا ما تكون زيادة سرعة نبضات القلب عرضا جسميا لعصاب قلق حاد اومزمن. ويخشى المريض ان تكون لتلك الزيادة في ضربات القلب علاقة بمرض القلب. فيزيد من توتره الاصلي . الذي يرجع الى زيادة النبض. وينتاب المريض الذي يعاني من زيادة سرعة نبض القلب والخوف من مرض القلب التعب والدوار وقصر التنفس والم الصدروالخوف من اي مجهود جسمي.

أولا: اضطرابات جهاز القلب الوعائي Disorders of the cardiovascular system :

يتعرض الجهاز القلبي الوعائي لعدد من الاضطرابات . بعضها يرجع الى عوامل خلقية والبعض الآخر يرجع الى عدوى. الا ان المصدر الرئيسي لتعرض الشخص لاضطرابات القلب يعود الى الاضرار الناتجة عن التمزق والاهتراء التي تحدث عبرمراحل حياة الفرد.ومقدار ما يتعرض اليه من ضغوط التي تؤثر بشكل كبير

في تطور المرض. وينشأ تصلب الشرايين Atherosclerosis من ترسب الكوليسترول ومواد اخرى على الجدران الداخلية للشرايين. بحيث تشكل صفائح تعمل على تضييق تلك الشرايين. ومن ثم يقل تدفق الدم عبرها. وكذلك تمرير المواد الغذائية من الشعيرات الدموية الى الخلايا مما يسبب تدمير الانسجة. ويعد تصلب الشرايين من الامراض التي ترجع جزئيا الى نمط الحياة. ويرتبط كذلك بعدد من العادات السلوكية السيئة كالتدخين والغذاء المشبع بالدهون (Davison & Neale, 2004).

ثانيا: الحمى الروماتزمية Rheumatic fever :

تنتج الحمى الروماتزمية عن عدوى بكتيرية في الانسجة الرابطة ويمكن ان تنتقل الى القلب. وقد تؤثر في وظائف صمامات القلب بسبب تصلب الانسجة التي تشكل حواف الصمامات وازدياد سماكتها. مما يؤدي الى اعاقة تدفق الدم بين الاذين والبطين.. ويرى الاطباء ان المصابين بالحمى الروماتزمية او بأمراض خلقية في القلب معرضون للاصابة بالتهاب بطانة القلب وهو الغشاء المبطن لتجويف عضلة القلب. وهو ما تسببه بكتيريا المكور العنقودي Staphylococcus. (Carson, et al., 2003)

8: 3: 2 اضطرابات ضغط الدم:

يعني ضغط الدم Blood pressure القوة التي تبذل في اتجاه مضاد لجدران الاوعية الدموية. ففي اثناء الانقباض تزداد قوة جدران الاوعية الدموية . وعند الانبساط تنخفض قوتها الى ادنى مستوى. وقياس ضغط الدم ينصب على قياس معدل حدوث هذين المستويين من الضغط.

وهناك عوامل تؤثر في ضغط الدم من ابرزها:

- **الدم المتدفق من القلب الى الشرايين Cardiac output**: ذلك ان الضغط الموجه في اتجاه مضاد لجدران الشرايين يكون اكبر عندما يزداد حجم الدم المتدفق.
- **المقاومة التي تنشأ عن المحيط الداخلي لجدران الشرايين المنتشرة في مختلف انحاء الجسم Resistance peripheral**: او المقاومة التي تحدث في الشرينات Arterioles لدى تدفق الدم فيها. ذلك ان المقاومة الناشئة عن محيط الشرايين تتأثر بمدى لزوجة (كثافة) الدم.
- **كثافة الدم**: حيث تتوقف كثافة الدم على عدد الخلايا الدموية الحمراء. وكمية البلازما التي يحويها الدم. فلزوجة العاليةتسبب ضغطا دمويا أكبر.

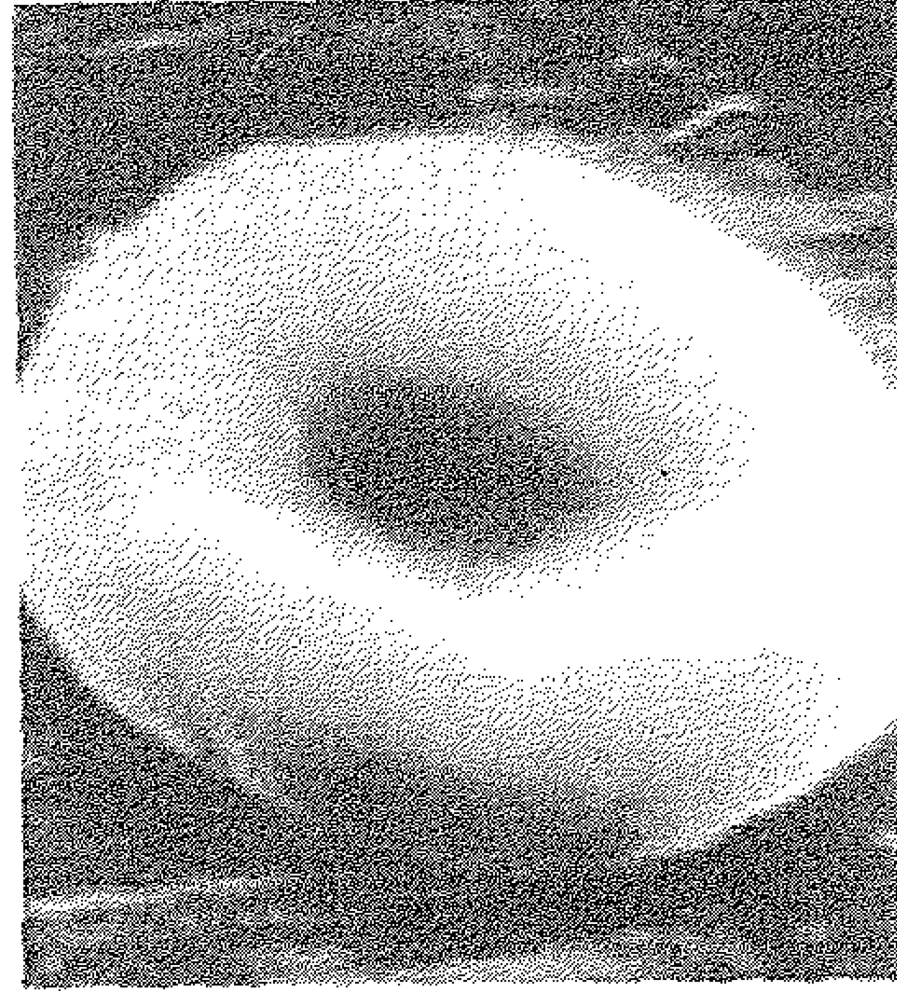
ويرتفع ضغط الدم لدى معظم الناس احيانا في حالة الاستثارة او الغضب او القلق. ويعتقد كثير من الاطباء ان التوتر الانفعالي هو نتيجة مشاكل الفرد المختلفة قد

يؤدي الى ارتفاع ضغط الدم الاساسي. مما يؤدي في حينه الى اضطراب في الكليتين والدورة الدموية الذي يؤدي الى استمرار ارتفاع ضغط الدم. وان كثيرا من مرضى ضغط الدم المرتفع يتسمون بالسلبية والخضوع وكبت الغضب. كما يتسم البعض بالعصابية والدقة الزائدة والافعال القهرية. ويعاني بعضهم من اعراض الجهاز الهضمي واضطرابات في الرأس والارهاق والتعب (تايلور، 2008).

أولا: الدم The Blood:

يتكون الدم من البلازما والخلايا حيث يشكل البلازما القسم السائل من الدم بما يساوي 55% من حجم الدم. اما الباقي فيتكون من الخلايا التي تشكل ما نسبته 45% من حجم الدم. ويحتوي جسم الانسان الراشد حوالي ستة لترات من الدم. اما خلايا الدم فتكون معلقة في البلازما التي تتكون بدورها من بروتين البلازما واملاح البلازما التي تنحل بالكهرباء Plasma electrolytes اضافة الى المواد التي تنتقل عن طريق الدم (الاكسجين والمواد الغذائية وثاني اكسيد الكربون والفضلات).

تصنع خلايا الدم في نخاع العظم Bone Marrow اي في التجويف الداخلي للعظام. اما نخاع العظام فيحتوي على خمسة انواع من الخلايا التي تشكل خلايا الدم وهي الكرية النخاعية Myeloblasts. وأحادية الخلية Monoplasts وهي الخلايا التي تشكل كريات الدم البيضاء. والرأب الليمفاوي Lymphoblasts وهو الذي ينتج الكريات الليمفاوية Lymphcytes . والحبيبات الحمراء غير المنواة في نخاع العظم Erythroblasts التي تنتج خلايا الدم الحمراء Red blood cells . والنواة Megakaryocytes وهي الخلايا التي تنتج الصفيحات الدموية Platelets ولكل نوع من هذه الخلايا وظيفتها المهمة.





تعمل كرات الدم البيضاء بدور مهم في الشفاء من الامراض عن طريق امتصاص المواد الغريبة من الجسم وازالتها فتبتلع البكتيريا والجزيئات الغريبة الاخرى. كما تقوم بافراز خمائر هاضمة تفرزها حبيبات تحتويها كرات الدم البيضاء بحيث تعمل على تحويل هذه الجزيئات الغريبة الى شكل يمكن التخلص منه عن طريق الافرازات (Brannon & Feist, 2004) .

ثانيا: امراض الدم Blood – related disorders:

أ - الاضطراب في انتاج خلايا الكريات الدموية البيضاء Disorders of white cell production:

ومن هذه الاضطرابات ما يسمى بمرض اللوكيميا Leukemia أو ابيضاض الدم وهو عبارة عن مرض خبيث في نخاع العظم. وهي احدى السرطانات الشائعة بحيث تسبب في انتاج عدد زائد من كرات الدم البيضاء فتزيد من العبء الذي تحمله بلازما الدم. فيصاب المريض بفقر الدم نتيجة نقصان كرات الدم الحمراء. وكذلك الاصابة بمرض اللوكوبينيا Leucopenia وهو عبارة عن نقص في عدد كرات الدم البيضاء يترافق حدوثها مع مرض السل والحصبة والتهاب الرئة. والاصابة باللوكبينيا يقلل من عدد الكرات الدموية البيضاء فيزيد من احتمال التعرض للامراض. وازدياد عد الكرات الدموية البيضاء وتسمى في هذه الحالة باللوكوسايتوسيس Leukocytosis وتحدث الزيادة كردة فعل على وجود عدد من الامراض مثل اللوكيميا والتهاب الزائدة الدودية. والالتهابات الناجمة عن كثرة البكتيريا الاحادية النواة في الدم (Brannon & Feist, 2004)..

ب - الاضطراب في انتاج الكرات الدموية الحمراء Disorders of red cell production:

يعد فقر الدم او الانيميا Anemia من اكثر الاضطرابات انتشارا نتيجة ان يكون عدد كرات الدم الحمراء او كمية الهيموجلوبين دون معدلها الطبيعي. وقد يعجز نخاع العظم عن انتاج عدد كاف من الكرات الحمراء فيؤدي انخفاض في قدرة الدم للوصول الى الانسجة فتقل كمية الاكسجين التي تصل الى الانسجة وتزداد كمية ثاني اكسيد الكربون المتراكمة فيها ويصاب الشخص بفقر الدم اللاتنسجي. والتي قد تحدث تلفا دائما في الجهاز العصبي مما يسبب ضعفا مزمنا.

وكذلك، فان الاريثروسايتوسيس Erythrocytosis يحدث زيادة في الكريات الحمراء وتكون مؤشرا لأمراض أخرى حيث يقوم الاريثروسايتوسيس بزيادة لزوجة الدم ويقلل من معدل جريانه في الشرايين والاوردة. اما فقر الدم المنجلي Sickle – Cell anemia فهو عبارة عن مرض جيني تصاب به كرات الدم الحمراء وينتشر بكثافة بين السود. ويضعف القدرة على انتاج خلايا دموية حمراء طبيعية. فتأخذ الخلايا الشكل المنجلي بدلا من الكروي المنبسط وتحتوي على جزيئات غير طبيعية من البروتين المتحد مع الهيموجلوبين وتكون عرضة للانفجار. مما يجعل الشخص عرضة للاصابة بفقر الدم (Brannon & Feist, 2004)..

ج - اضطراب التجلط Clotting disorders:

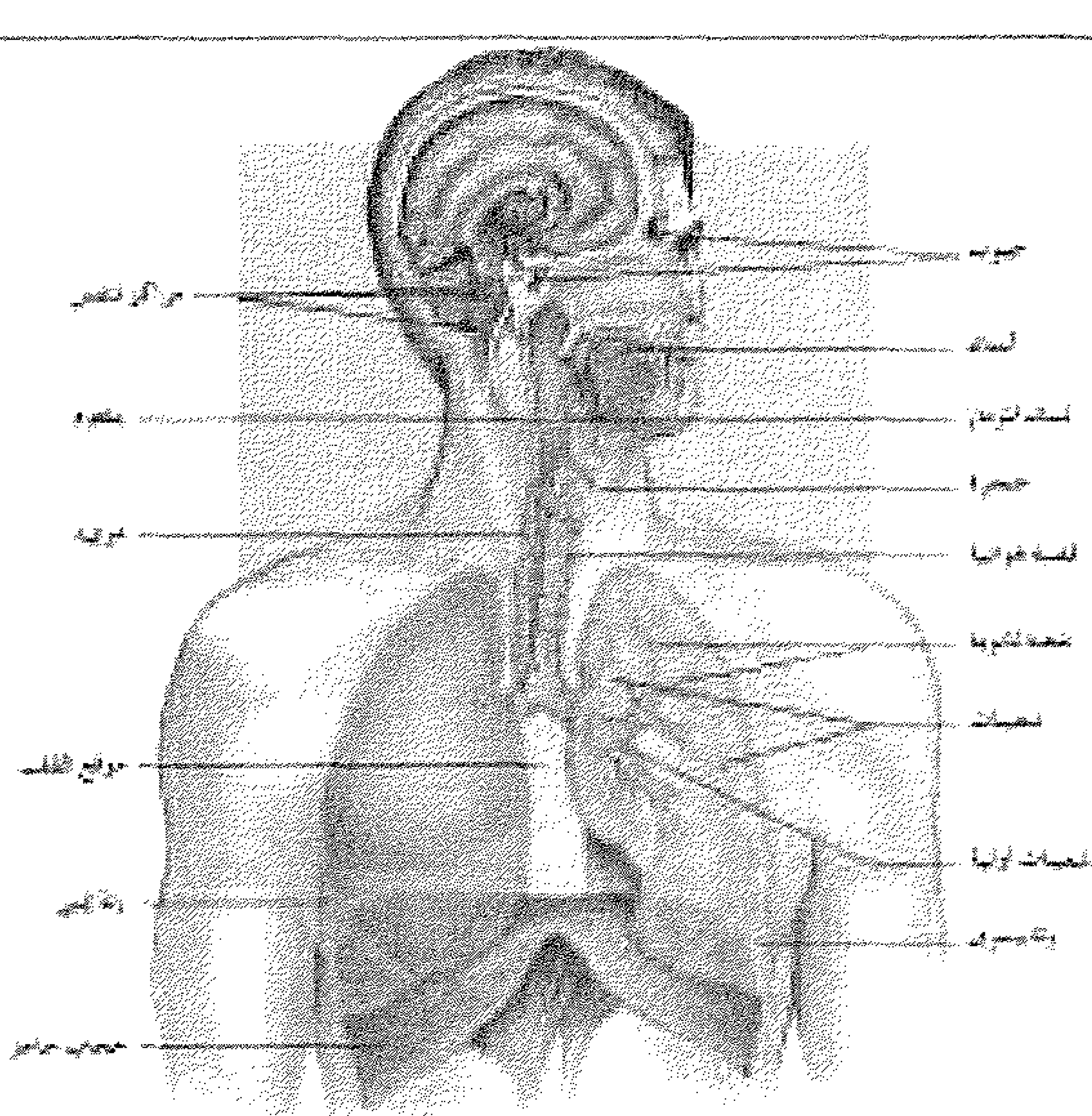
ان الاشخاص الذين تعجز اجسامهم من انتاج الثرومبوبلاستين Thromboplastin ومن ثم الليفين يصيبهم مرض الهموفيليا Hemophilia حيث لا يمتلك الدم خاصية التخثر الطبيعي عند التعرض للجروح مما يؤدي الى الموت نزفا اذا لم يقدم له العلاج اللازم. وقد تحدث التخثرات في الاوعية الدموية نتيجة التلف او الخشونة التي تصاب بها جدران الشرايين والاوردة بسبب تراكم الكوليسترول. مما يؤدي الى التصاق الصفائح الدموية بالمناطق الخشنة مسببة التجلط الذي يؤدي الى نتائج خطيرة جدا خاصة اذا تكونت في الاوعية الدموية المؤدية الى القلب.

هـ - مرض الشريان التاجي:

لوحظ اكلينيكيا ان الضغط الانفعالي قد يؤدي الى الذبحة الصدرية. وان القلق والغضب والاستثارة قد تزيد من سرعة نبضات القلب. فيزيد من حاجة القلب من الدم. الامر الذي يؤدي الى الذبحة الصدرية. وقد اوضحت الدراسات ان الفرد الذي يتعرض لمرض الشريان يعمل كثيرا مع وقت قليل من الترويح وان غذاؤه يشتمل على نسبة مرتفعة من الدهون. ويدخن كثيرا.

رابعا: صداع الرأس النصفي:

على الرغم من ان الخاصية الواضحة لصداع الرأس النصفي هي نوبات الصداع في نصف الرأس عادة. الا ان مجموعة الاعراض تتكون من اضطرابات في الاوعية الدموية. وغير من اعراض جسمية مع اضطراب الحالة المزاجية للشخص. وان المصابين عادة بالصداع النصفي للرأس يتميزون بشخصية تتسم بالافراط في الدقة. حيث يبدأ الصداع بتغير الحالة المزاجية للفرد مع زيادة انقباض الاوعية الدموية وخاصة اوعية الرأس والاستثارة. وحدة الحالة المزاجية. احمرار الوجه او اصفراره. تبعا لانقباض او اتساع الاوعية الدموية التي توجد خارج الجمجمة. كما تحدث اضطرابات بصرية قبل بدء الصداع بساعة او ساعتين تبعا لانقباض الاوعية الدموية الشبكية (Brannon & Feist, 2004).



وتوضح الدراسات بأن المرضى الذين يعانون من صداع الرأس النصفي ينحدرون من اسر محافظة تهتم بالتحصيل وتطلب من اطفالها الالتزام بانماط سلوكية تحد من التعبير المباشر عن العدوان سواء لفظيا او جسميا(تايلور، 2008).

8: 4 اضطرابات الجهاز التنفسي The respiratory system:

يتكون الجهاز التنفسي على اعضاء الانف والفم والبلعوم والقصبة الهوائية والحجاب الحاجز وعضلات البطن والرئتين ويقوم بثلاث وظائف رئيسية هي: ادخال الاكسجين من اجل اتمام عملية ايض المواد الغذائية، والتخلص من ثاني اكسيد الكربون، وتنظيم النسب المختلفة لمكونات الدم. ويتم اندفاع الهواء الذي يتم استنشاقه عن طريق الانف والفم عبر البلعوم والحنجرة الى القصبة الهوائية التي تتكون من انبوب عضلي يمتد من الحنجرة متجها الى الاسفل. وتنقسم نهايتها السفلى الى فرعين يسميان الشعيبات الرئيسة فتدخل كل شعبة الى احدى الرئتين وهذه بدورها تتشعب الى شعيبات ثانوية ومن ثم الى شعيبات اصغر فأصغر.

8: 4: 1 مجموعة اعراض زيادة التنفس:

تتأثر عملية التنفس عادة بحالة الفرد الانفعالية فالقلق أو الغضب يؤدي إلى زيادة التنفس لدى الشخص بينما يؤدي التبلد الحسي والاكتئاب إلى انخفاض عملية التنفس. وقد لوحظ ان مجموعة أعراض زيادة التنفس تنتاب الشخص في حالة القلق الحاد والخوف او أي اضطراب في الشخصية يصاحبه قلق شديد. وتشمل مجموعة أعراض زيادة التنفس الشائعة:

- **الاختناق Asphyxia**: وهي حالة تنشأ من نقص الاكسجين وزيادة نسبة ثاني اكسيد الكربون. او بسبب اعاقة التنفس. او عندما يكون التنفس غير كاف لحاجات الجسم.
- **نقص الاكسجين او الانكوسيا Anoxia**: وينتج عن انقطاع الاكسجين او نقصه حيث يفقد المصاب الاحساس بالزمان والمكان بشكل فجائي ويفقد كل احساس بالخطر ويصاب بالاغماء من دون ان يزداد تنفسه. وغالبا ما تصيب هذه الحالة الطيارين عندما يرتفعون بطائراتهم الى مستويات عالية جدا في الجو
- **فرط التهوية Hyperventilation**: وعندما يتعرض الشخص للاستثارة الانفعالية الحادة. فانهم قد يتنفسون بعمق. مما يؤدي الى تقليل كمية ثاني اكسيد الكربون في الدم.الذي يعمل على انقباض الاوعية الدموية. والى تقليل تدفق الدم الى الدماغ.وتكون نتيجته اعاقة القدرة على الرؤية يرافقه صعوبة في التفكير بوضوح ودوخان.

وتعتبر زيادة التنفس الوسيلة الفسيولوجية الشائعة التي يظهر بها الاضطراب الذي ينتاب الشخص في حالة القلق الحاد. وقد تحدث زيادة التنفس في اي حالة تؤدي الى الخوف. وخدل اطراف اصابع اليد او القدم او منطقة الفم يعقبها انقباض عضلي مستمر. وقد يحدث اضطراب في الوعي في حالة استمرار زادة التنفس يصاحبها اصفرار

واضطراب في الدورة الدموية، ونبض سريع غير منتظم، وضعف ينتهي في كثير من الحالات بفقدان الشعور او بتشنجات (امام والرمادي، 2002).

8: 4: 2 مرض الربو:

ومرض الربو **Asthma**، يبتدىء بصعوبة شديدة في التنفس وتقشع مواد مخاطية لزجة تخرج من رئة المصاب بعد سعال شديد متعب. وتأتي على شكل نوبات تحدث على فترات متقطعة. تدوم كل نوبة منها من خمس الى عشر دقائقوقد تستمر لعدة ساعات. وتلعب الوراثة دورا هاما في تكوين الربو لدى الفرد. ويعتقد ان المصابين بالربو يغلب ان يكون لديهم قوة العصب المبهم الذي يؤدي الى سرعة التأثر من المؤثرات النفسية اضافة الى المؤثرات الأخرى وذلك بتشنج العضلات القصبية وزيادة افراز الغدد القصبية المخاطية.

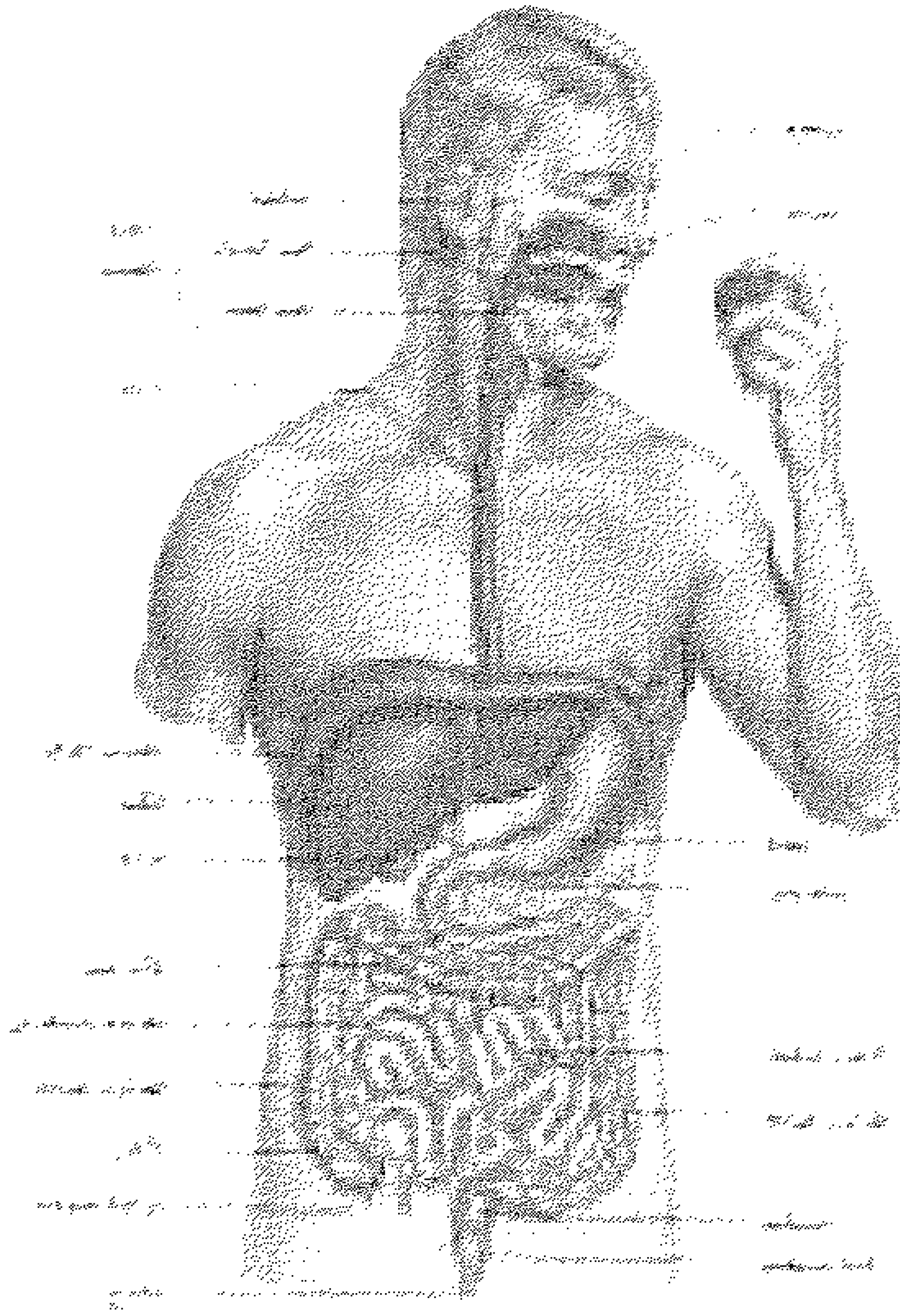
وتشير الدراسات في هذا الصدد ان الاطفال الاذكياء الذين تزيد نسبة ذكائهم عن 150 يمتازون بنمو الناحية الانفعالية كسرعة التهيج والهجوم والمخاوف والقلق وفقدان الثقة بالنفسوان معظم هؤلاء قد حظيوا بالرعاية والحنان من قبل الوالدين، مع وجود رغبة مضادة عندهم في حب السيطرة على والديهم مما يبرز صراعا نفسيا داخليا مع خيبة وتوتر لديهم. بينما تشير دراسات أخرى ان الاطفال المصابين بهذا المرض هم كثيروا الحساسية نحو الاخطاء والذنوب التي يرتكبونها. ويكون لديهم رغبة لاشعورية للاعتراف للام بالذنوب والاخطاء. ولكن هذا، يبعث لديهم مشاعر الخوف من افشاء اسرارهم مما يؤدي الى اختناق الكلمات والعبارات في الحلق واضطراب في الكلام.

وبما ان البكاء يمثل الصيحة الاولى والاستجابة الفاصلة بين حياة الوليد وهو جنين في بطن امه وبين حياته خارج رحم الام. فانها تستمر طيلة مرحلة طفولته وبالتالي، فان البكاء يمثل الاستجابة الوحيدة المألوفة أثناء الازمات. واثناء الاحساس بالضعف والحاجة الى الام كي تقف بجانبه. وقد لوحظ لدى العديد من الاطفال المصابين بالربو صعوبة الكلام وعدم الرغبة به اثناء نوبة الربو . وانعدام حدوث الرغبة بالبكاء في المواقف التي تستدعي البكاء. وقد نجحت محاولات بعض المحللين النفسيين معالجة نوبة الربو بتحريض المصاب على البكاء. وافرزت الدراسات اعتقاد الباحثين بانه لما كانت عملية التنفس تعتبر خبرة مخيفة لدى الاطفال فان المصابين بالربو لديهم نسبة من المخاوف والقلق اللاشعوري تزيد عن غيرهم من الاطفال العاديين. وفي الحالات الشديدة فان المصابين بالربو يعانون من الاكتئاب واليأس من الشفاء (Brannon & Feist, 2004).

وعند معالجة حالات الربو لدى المصابين، فانه يجب الاخذ بعين الاعتبار المؤثرات الجسمية والنفسية التي تتسبب عنها نوبة الربو ومعرفة العوامل المثيرة للربو قبل اعطاء الادوية اللازمة كالأمينوفيللينAminphillin للتخلص من نوبات الربو هذه. اما اذا كانت نوبة الربو شديدة عند المصاب فانه يحتاج الى الكورتزون ومشتقاته لمعالجة الحالة.

8: 5 اضطرابات الجهاز الهضمي:

يعد الغذاء ضروريا لاستمرار حياة الانسان. فهو يمد الجسم بالمواد الغذائية اللازمة للنمو واصلاح الانسجة التالفة. وحتى يقوم بتلك المهمة في الجسم فانه يجب ان يتحول الى شكل ملائم قابل للامتصاص ليندمج مع الدم. وتسمى عملية التحول هذه بالهضم Digestion. حيث يتم ترطيب الطعام أولا باللعاب الموجود في الفم. فيتحول الطعام الى كتلة مستديرة ناعمة تسمى اللقمة لتنتقل الى المريء بمساعدة التقلصات اللاارادية والحركات العضلية التي تتحرك باتجاه واحد نحو المعدة. ثم تقوم المعدة بانتاج انواع عدة من الافرازات المعدية من بينها البيسين وحامض الكلورودريك لمتابعة عملية الهضم. ثم ينتقل الطعام بعد ذلك من المعدة الى الاثني عشر حيث يبدأ البنكرياس بافراز عصارته التي تفرز انواعا عديدة من الانزيمات التي تعمل على تحطيم البروتينات والكربوهيدرات والدهون. ويفرز هرمون الانسولين الذي يسهل عبور الجلوكوز الى انسجة الجسم.ويفرز الكبد كذلك عصارته الصفراء التي تدخل الى الاثني عشر وتعمل على تحطيم الدهون. ويتم تخزينها في المرارة او الحويصلة الصفراوية كما يتم افرازها في الاثني عشر حسب الحاجة. ويحدث امتصاص الطعام بشكل رئيسي في الامعاء الدقيقة التي تنتج انزيمات تكمل تحطيم البروتينات الى احماض تمينية.



ويتم التحكم بحركة الامعاء الدقيقة عن طريق الجهاز العصبي السمبثاوي الذي تبطىء نشاطاته عمليات الايض. والجهاز البراسمبثاوي الذي يزيد من سرعة ايض المواد الغذائية. ويمر الطعام بعد ذلك في الامعاء الغليظة التي تتكون من الاعور والقولون الصاعد والقولون المستعرض والقولون النازل والقسم الاخير من القولون السيني. حيث تعمل الامعاء الغليظة على خزن فضلات الطعام المتجمعة ودخوله الى المستقيم مما يستدعي ظهور الحاجة الى طرد الفضلات الصلبة من الجسم عبر فتحة الشرج.

8: 5: 1 اضطراب جهاز الفم::

يتعرض الجهاز الهضمي لعدد من الاضطرابات المتفاوتة في الخطورة على الجسم. فمنها ما هو خفيف ويسبب ازعاجا بسيطا ومؤقتا ومنها ما اكثر خطورة على الجسم. وتمتد أعراض اضطرابات الجهاز الهضمي من تلك الأعراض التي تظهر في التجويف الفمي إلى أعراض الاضطرابات التي تنتاب المعدة والأمعاء الدقيقة والأمعاء الغليظة وما يتصل بها من أعضاء واكثر الأمراض شيوعا في هذا المجال: أمراض فقدان الشهية، والغثيان والقيء والإسهال والامساك. وأقلها شيوعا آلام الفكين والتهاب الفم.

ويعتبر **الفم** مركزا لكثير من الاعراض الانفعالية لما له من علاقة بين الطفل وأمه منذ السنوات الاولى من حياة الطفل. وتظهر هذه الاعراض في صورة مص قهري او حركات مضغ. ويعاني بعض المرضى من عادات غير سوسة في المضغ. مما يؤدي الى الم واصابة في التركيب الفمي. وقد ينشأ الم في المفاصل الصدغية الفكية ايضا. مما قد يؤدي الى الم في الوجه. كما ينتشر الالم الى اللسان والغشاء المخاطي المبطن للفم الامر الذي ينتاب غالبا الشخصية الهستيرية والواسية. وغالبا ما يرجع جفاف الفم الزائد الى اضطراب عصابي. وان معظم الافراد الذين يعانون من الم في اللسان والغشاء المخاطي المبطن للفم يتسمون بالقلق المزمن. والخوف من مرض السرطان. وتتميز النساء بالفراغ وعدم الاشباع الجنسي والجمود والكراهية. كما يعاني الاشخاص الذين يتسمون بالاعتماد على الاخرين من ضغط على الاسنان المستمر في اثناء النوم. الذي يعبر عن كراهية شديدة وعن لزمة عصبية ومعاناة من حالة وسواس.

8: 5: 2 التهاب اغشية المعدة والامعاء:

ومن بين الاضطرابات التي يتعرض لها الجهاز الهضمي **التهاب أغشية المعدة والامعاء** نتيجة لتناول كميات كبيرة من الطعام والشراب. او بسبب تناول اطعمة ملوثة او تسمم الغذاء ومن الاعراض التي تظهر على المصاب: المراجعة والاسهال والمغص والدوخة. وذلك عندما يعجز الغشاء المبطن للامعاء الدقيقة، والغليظة عن امتصاص الماء او الغذاء المهضوم. ويؤدي الاسهال المزمن الى اضطرابات خطيرة في توازن السوائل والاملاح التي تنحل بالكهرباء.

ويؤدي القلق والعدوان الى زيادة نشاط الدورة الدموية في القناة الهضمية كما يؤدي الى زيادة افرازاتها وحركتها. مما يؤدي الى تفتيت الغشاء المخاطي الأمر الذي يؤدي الى تكوين القرحة.

8: 5: 3 قرحة المعدة:

وقد تنتج **قرحة المعدة** عن فتحة متقرحة في غشاء المعدة او الاثني عشر. وهي تنتج عن فرط افراز حامض الكلوردريك. والبيبسين الذي يقوم بعملية الهضم في المعدة. ويعمل على هضم جدار المعدة والاثني عشر في حالة القرحة.

وقد كشفت الدراسات التي اجريت على المرضى الذين يعانون من القرحة المعدية. من ان حاجة المرضى الى العطف لم تشبع. ويتميز هؤلاء المرضى بالحاجة الى الاعتماد الانفعالي على الاخرين. كما يتميزون بالانعزالية والاعتماد والسلبية ويكبتون احساسهم بالعدوان وينقصهم النشاط في التحصيل الذي يميز كثيرا من مرضى القرحة(Brannon & Feist, 2004)..

وقد اثبتت العديد من الدراسات بأن اي صراع يؤدي الى القلق يؤدي بالضرورة الى زيادة النشاط المعدي وبالتالي الى القرحة.

8: 5: 4 الزحار او الديزنطاريا:

وقد يصاب الشخص **بالزحار او الديزنطاريا** وهي شبيهة بالاسهال باستثناء ان الاغشية المخاطية والصديد والدم تطرح من الفضلات في حالة الديزنطاريا التي تتسبب من كائن اولي/ بروتوزوا Protozoan الذي يهاجم الامعاء الغليظة او بسبب التعرض لعضويات بكتيرية. وقد يسبب اضطراب الديزنطاريا الموت خاصة في الدول الاقل تطورا.

8: 5: 5 اضطراب حصوة المرارة:

وتتعرض المرارة او الحويصلة الصفراوية Diseases of the Gallbladder الى **اضطراب حصوة المرارة** Gallstones التي تتكون من مزيج من الكوليسترول والكالسيوم والبيليروبين او حمرة المرة واملاح غير عضوية. وتسبب حصيات المرارة نوبات مؤلمة مما يتوجب ازالتها بالطرق الطبية المناسبة.

8: 5: 6 التهاب الزائدة الدودية:

ويعد التهاب **الزائدة الدودية** حالة عامة تنتج عن تجمع الفضلات والبكتيريا في الزائدة الدودية واذا اغلقت الفتحة الصغيرة في الزائدة الدودية فان البكتيريا تتكاثر بسهولة مما يؤدي الى ظهور الالم وزيادة التقلصات اللاارادية والدوخة. فاذا ما انفجرت الزائدة وانتشرت البكتيريا في البريتون او السفاق فانها قد تحدث التهاب بالغة الخطورة كالتهاب الغشاء المبطن للبطن(Brannon & Feist, 2004)..

8: 5: 7 التهاب الكبد:

ويعد التهاب **الكبد** من الامراض المعدية الخطيرة. فقد يسبب هذا المرض تضخم الكبد واضعافه مما يؤدي الى تلف دائم فيه.

8: 5: 8 التهاب الغشاء المخطي للقولون:

وتظهر اعراض **التهاب الغشاء المخاطي للقولون** في الامساك والبراز المختلط بالمخاط وقطع من الغشاء المخاطي المبطن للقولون. وتتميز شهية المريض المصاب بهذا المرض بالضعف ويشيع انتفاخ معدته واحساسه بالثقل او الالم بعد تناول الطعام. كما يشيع الغثيان والوهن ونقص الحيوية.

8: 5: 9 التهاب القولون القرحي:

كما لوحظ وجود علاقة بين الضغط النفسي وبداية ظهور نوبات **التهاب القولون القرحي** بعد ثلاثة او اربعة اسابيع من تهديد فجائي لأمن المريض نتيجة موت او فقدان عزيز او الفشل في الدراسة او العمل وغير ذلك من الاسباب التي تقلل من احترام الذات. وتشير الدراسات في هذا الصدد الى ان الاضطرابات الانفعالية للشخص تقوم بدور ذي دلالة في الاصابة بهذا المرض. وان المرضى يعانون من كبت شديد للغضب والكراهية وان نوبات المرض تظهر عندما يثار غضب الفرد وكراهيته. وان للعوامل الانفعالية تأثير واضح على فسيويولجية القولون حيث تؤدي الى زيادة نشاط الدورة الدموية والافراز والحركة في القولون.

8: 5: 10 البدانة:

وكان يفهم الى وقت قريب ان **البدانة** هي نتيجة زيادة دافع تناول الطعام. وقد اجريت دراسات عديدة في هذا الصدد. واوضحت ان دافع الافراط في تناول الطعام يجب ان ينظر اليه على انه مشكلة معقدة لا تقتصر على مجرد زيادة دافع اشباع الحاجة الى الطعام. ويحتمل ان تكون المؤثرات الوالدية هي المحددات الغالبة للبدانة لدى معظم المرضى. وان الافراد الذين يعانون من البدانة لا يستطيعون ادراك انقباضات الجوع وتقدير كمية الطعام التي يستهلكها.

وتتحدث الدراسات عن انه يحدث خلال عمليات الطعام انحراف ادراك الطفل للاحساسات التي يتعرف بها على الجوع واشباع حاجته من الطعام. ويحدث هذا نتيجة دفع الطفل لتناول الطعام كوسيلة لازالة قلق الوالدين وليس لحاجة الطفل الجسمية للطعام. واعتبرت تلك الدراسات ان هذا الانحراف يعتبر مدخلا لفهم نشأة البدانة. وعندما يتعرض البدين للاحباطات الاجتماعية فانه يسعى للاشباع بالافراط في تناول الطعام. وبهذه الطريقة يعبر عن عدوانيته. وفي حالات اخرى فان صورة الجسم تعبر عن الدلالات الانفعالية للشخص. فهي تمثل رغبة الشخص في ان يكون قويا مما يعطي له اشباعا(Holms, 2001).

8: 5: 11 اضطراب النضج الجنسي:

ان فقدان الوزن يمثل صعوبة لا بسبب عدم القدرة على مواجهة عدم الارتياح الجسمي الناشيء عن الجوع وانما الاحساس بفقدان الحب والانتقام الذي يمثله تناول الطعام. وكذلك الخوف من فقدان القوة التي يمثلها زيادة الجسم في الوزن. كما يضطرب **النضج الجنسي** في حالة البدانة. حيث يوجد قصور واضح في الاهتمام بالجنس الآخر. ونادرا ما تنجح الانثى البدينة في اقامة علاقة زوجية.

وللاضطراب النفسجسمي خصائص عصابية ويتميز مرضاه بقدرات عقلية عالية وبالانطوائية والعناد والانانية والدقة وزيادة الحساسية وتأنيب الذات والسلوك

القهري. وبينما يكون الاشمئزاز من الطعام او نقص الشهية هو العرض الاساسي فان الدافع وراء ذلك يبدو انه دافع قهري الى النحافة يصاحبه في الغالب خوف من البدانة.

8: 5: 12 فقدان الشهية العصبي:

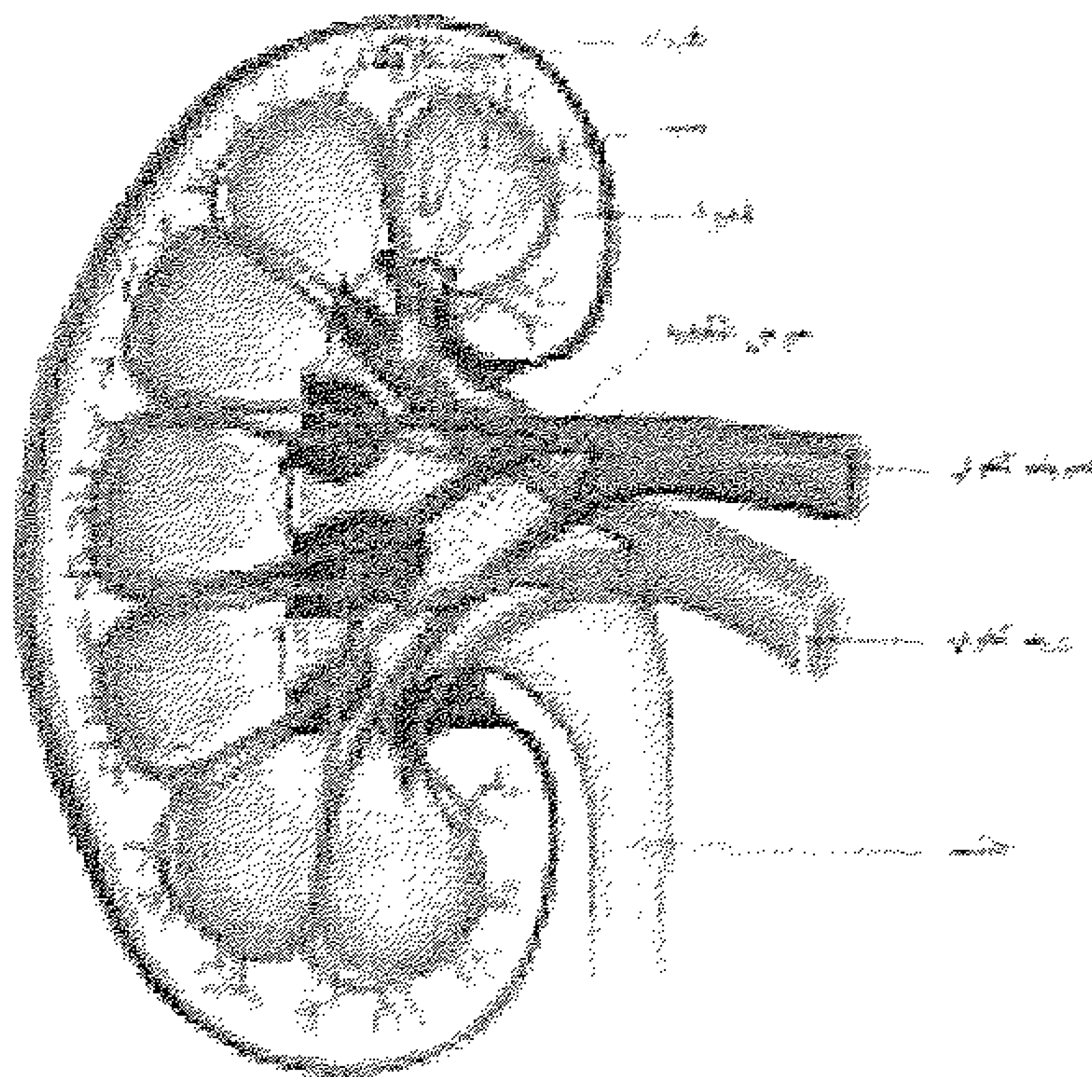
ويتميز **فقدان الشهية العصبي** بعدم الطمث والامساك وانخفاض معدل التمثيل الغذائي وفقدان ماء الجسم وجفاف الجلد وسقوط الشعر وعدم الاستقرار. ويعطي الاطباء دلالات على اضطراب الغدة النخامية. ولفقدان الشهية ارتباط بالعلاقة المنزلية غير السعيدة تأخذ في الغالب صورة الكراهية بين الاباء والابناء. وان استخدام النحافة كسلوك من الكراهية وعدم الخضوع من قبل المراهقين للامهات اللواتي يصممن على دفع ابنائهن لتناول الطعام(بارلو، 2002).

8: 5: 13 الغثيان والقيء:

وينشأ **الغثيان والقيء** من الضغط الانفعالي. وقد يحدث الغثيان المزمن يوميا او على فترات متقطعة. وينتاب بعض الافراد عند تهديدهم بفقدان او ابتعاد شخص على علاقة انفعالية وثيقة بهم. كما ينتاب الاطفال الذين يعانون من مخاوف مدرسية واحيانا المرضى الذين يعانون من مخاوف الازدحام والاماكن العامة. ويكن ازاء ذلك سببا وجيها في عدم المشاركة في المواقف الاجتماعية(محمد، 1998).

8: 6: اضطرابات الجهاز الكلوي Disorders of the renal system :

يتكون الجهاز الكلوي من كليتين وحالبين ومثانة بولية ومجرى البول وتلعب وجميعها دورا مهما في عملية الايض.أما الكليتان فهما **مسؤولتان عن تنظيم سوائل الجسم ووظيفتهما الرئيسة انتاج البول.** ويحتوي الحالبان على انسجة عضلية صغيرة تعمل تقلصاتها على انتاج موجات متعاقبة لاارادية تحول البول باتجاه المثانة وهي عبارة عن وعاء عضلي يتجمع فيه البول ويقوم الاحليل Urethra بتوصيل البول من المثانة الى خارج الجسم. ويحتوي البول على الماء الفائض وما يتبقى من العناصر التي تنحل بالكهرباء والفضلات المتخلفة عن عملية التمثيل الحيويوالفائض من الاحماض او القلويات. وعن طريق حمل هذه المواد خارج الجسم يتم الحفاظ على توازن الماء



ومن اكثر الاضطرابات التي يتعرض لها الجهاز الكلوي شيوعا هو التهاب الجهاز البولي Urinary tract infection الذي يصيب النساء بشكل خاص. بحيث يسبب الما

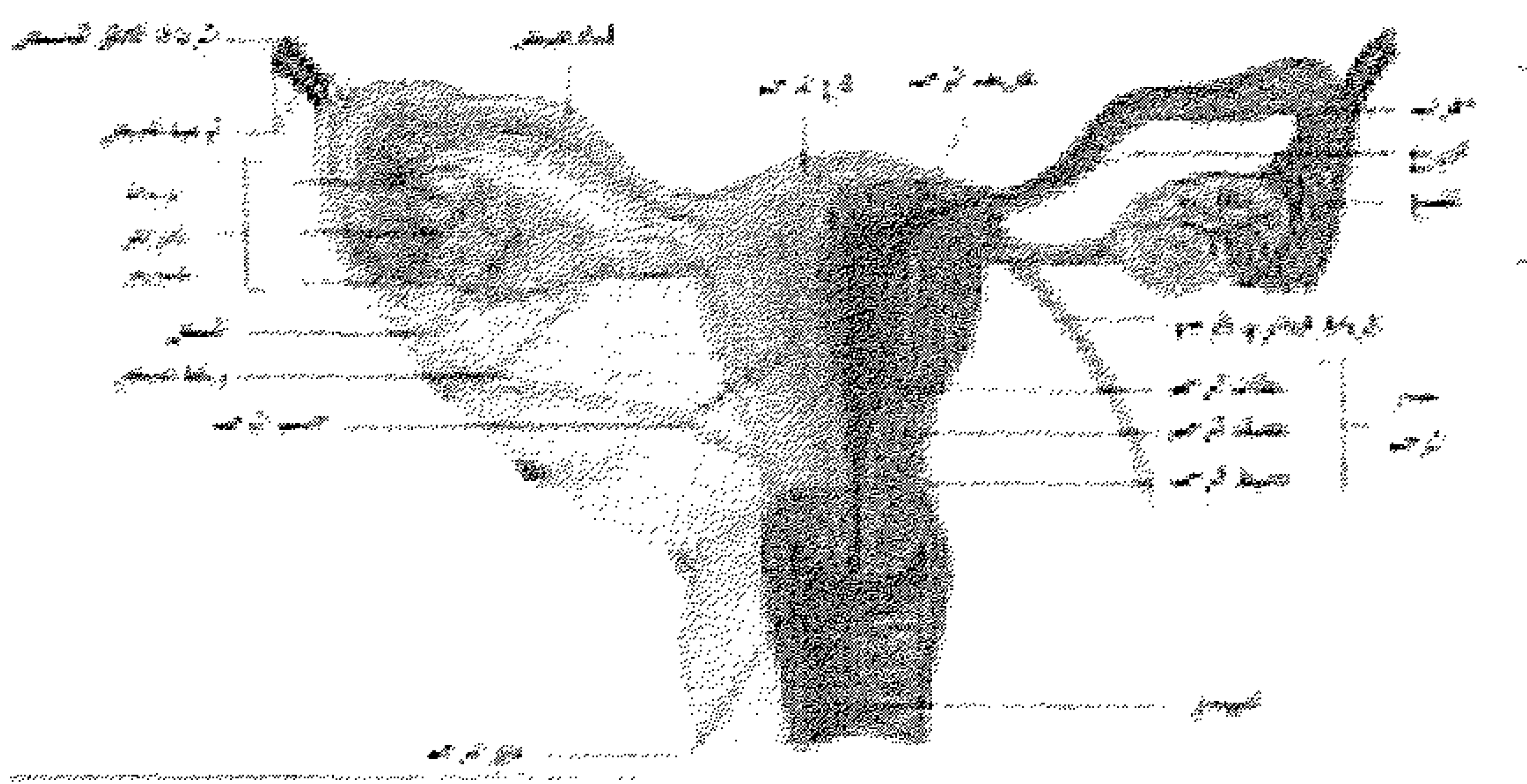
شديدا خاصة عند التبول. وكذلك التهاب الكلية الكبيبي الحاد الذي ينتج عن ردود فعل الاجسام المضادة لمولد المضادات. مما يؤدي الى حدوث التهاب قوي في الكبيبات والتي قد تحدث انسدادا كاملا او جزئيا لعدد كبير من الكبيبات مسببة في ذلك زيادة القابلية النفاذية في اغشيتها. فيتسع المجال لكميات كبيرة من البروتين للخروج. وعندما يحدث تمزق في الغشاء فان كميات كبيرة من خلايا الدم الحمراء قد تعبر الى ترشيحات الكبيب(Telch & Agras, 1996)..

ويعد النخر الانبوبي الذي يتضمن تحطم الخلايا الظهارية او حدوث صدمة حادة في الدورة الدموية من اكثر اسباب الانغلاق الكلوي الحاد. كما يشكل النيفرون وحدة التركيب الوظيفية الاساسية في الكلية. وفي كثير من الحالات عندما تتسبب الاصابة بفرط ضغط الدم فان عددا كبيرا من النيفرونات يصاب بالتلف. او يتحطم بشدة مما يعيق النيفرونات المتبقية من اداء وظائفها الطبيعية.

اما القصور الكلوي فهو من الاضطرابات الخطيرة لان عجز الكلي عن التخلص من كميات كافية من البول سوف يؤدي الى تراكم الفضلات المتخلفة عن العمليات الايضية. والمواد الفائضة من الاملاح غير العضوية والماء في الجسم. مما يتطلب حينئذ اجراء عملية زراعة كلية. او وضع كلية صناعية او غسيل كلى.

8: 7: اضطراب الجهاز التناسلي:

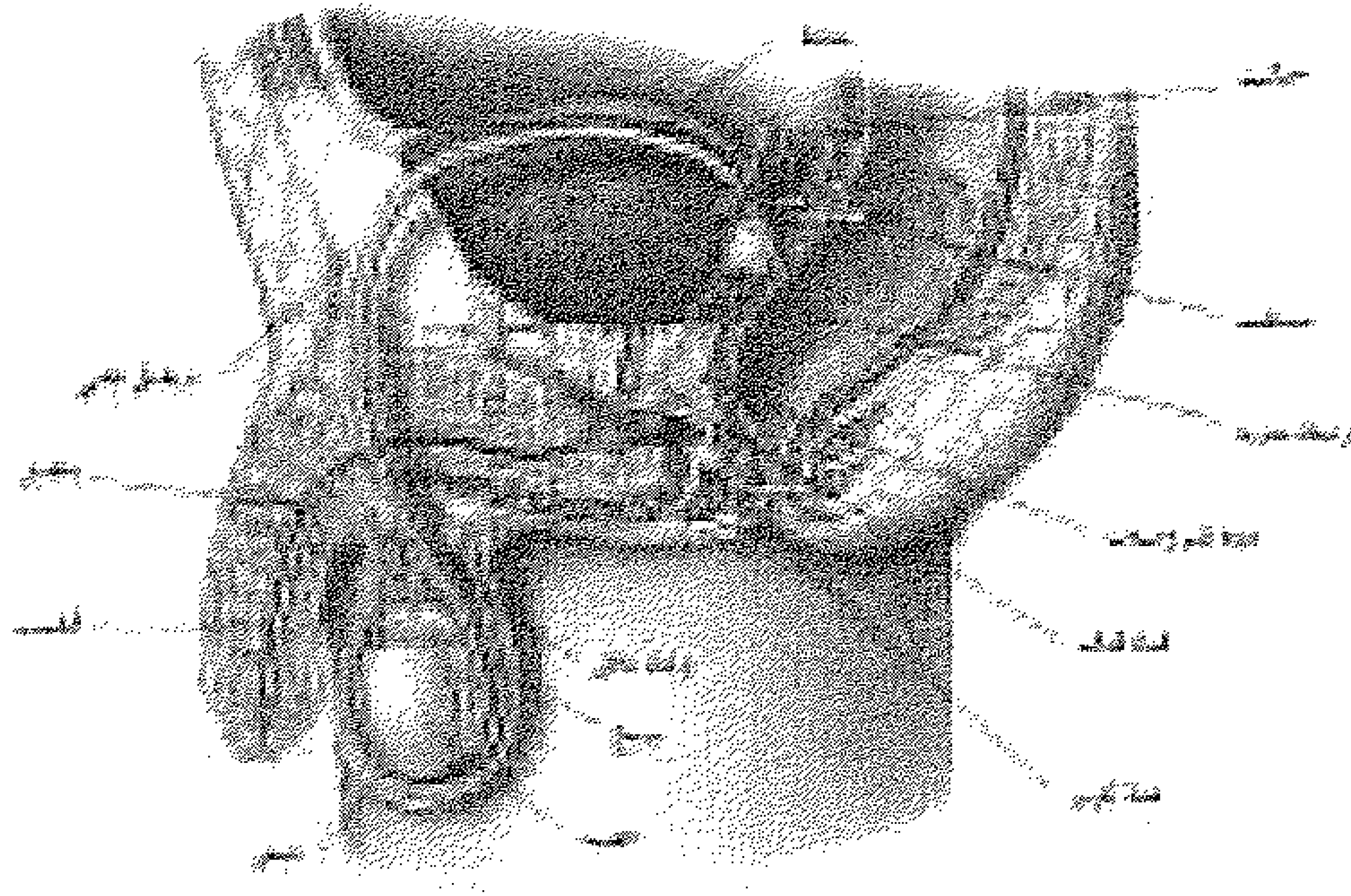
يوجد لدى الانثى مبيضان يقعان في الحوض ينتج احدهما كل شهر بيضة او خلية تناسل انثوية واحدة تنطلق بعد هروجها الى انبوبي فالوب واذا لم تلقح البويضة فانها تبقى في تجويف الرحم لمدة 14 يوما وبعد ذلك يتم دفعها الى خارج الجهاز التناسلي مع بطانة الرحم واوعيته الدموية خلال فترة الحيض. ويفرز المبيض هرمونات الاستروجين Estrogen لتطوير الخصائص الجنسية الثانوية عند الانثى بما في ذلك نمو الثديين. والتوزيع الانثوي للشعر والدهون على اجزاء الجسم كما يفرز البروجيستيرون Progesterone خلال النصف الثاني من الدورة الشهرية لتحضير الجسم للحمل ويقل افرازه في حال عدم حدوث حمل لدى الانثى.



وتفرز خلايا الخصية عند الذكور هرمون التيستوستيرون الذي يتحكم بافرازه القسم الامامي من الغدة النخامية للمساعدة في انتاج الحيوانات المنوية وتطوير الصفات

الجنسية الثانوية بما في ذلك نمو شعر الذقن وزيادة عمق الصوت والتوزيع الذكري للشعر على الجسم والنمو الهيكلي والعضلي.

ومن اكثر اضطرابات الجهاز التناسلي شيوعا تلك التي تتشكل عن طريق الاتصال الجنسي. ومن هذه الامراض الحلأ Herpes والسيلان Gonorrhea والسفلس Syphilis وثأليل الاعضاء التناسلية Genital Warts والكلاميديا Chlamydia ونقص المناعة المكتسبة AIDS وهو الاكثر خطورة من بين هذه الامراض. كما تتعرض النساء لداء الالتهاب الحوضي الذي يمكن ان يسبب عدة امراض مزعجة مثل الالام الحادة في البطن، والتهابات تؤثر على خصوبة المرأة والتهاب المهبل وانتباذ بطانة الرحم حيث يتحرك جزء من الغشاء المبطن للرحم الى انبوبي فالوب او الى تجويف البطن. وينمو وينتشر الى مواقع أخرى. والاكياس والالياف. كما قد يتعرض الجهاز التناسلي الى الاصابة بمرض السرطان. (سرطان الخصية للذكور، وسرطان الجهاز التناسلي للاناث مثل سرطان عنق الرحم). وهناك اضطرابات اخرى قد تتعرض لها النساء مثل اضطراب الدورة الشهرية أو انقطاعها في سن اليأس (Barbara & Phillip, 2005).



ولقد اصبح واضحا ان الاضطرابات الانفعالية قد تؤدي الى اضطرابات في الجهاز التناسلي البولي.

8: 7: 1 عسر التبول او كثرته:

فقد يؤدي القلق والشعور بالذنب بسبب عملية الاستمناء او اي نشاطات جنسية أخرى الى **عسر التبول او كثرته**. وتشيع هذه الحالة في مرحلة البلوغ عندما يسعى الفرد للوصول الى مرحلة تكيف جنسي. وقد تؤثر الاضطرابات الانفعالية للشخص الى احتباس التبول.

8: 7: 2 العنة:

وقد ينتاب الفرد عندما لا يوجد شريك مرغوب فيه، او عندما يؤدي الموقف الذي يحدث فيه الجماع الى التهديد والتشتت الى ما يسمى بالعنة. فيعوق الانتصاب والاستثارة التي تصل الى حد القذف الذي يصاحبه اللذة. كما قد يؤدي الحب اللاشعوري الذي يتميز بالصراع كالارتباط بالام او الاخت او اي امرأة او الجنسية المثلية الكامنة الى العنة. ونتيجة لكراهية الفرد للنساء والشعور بالذنب او الخجل قد يؤديان الى العنة

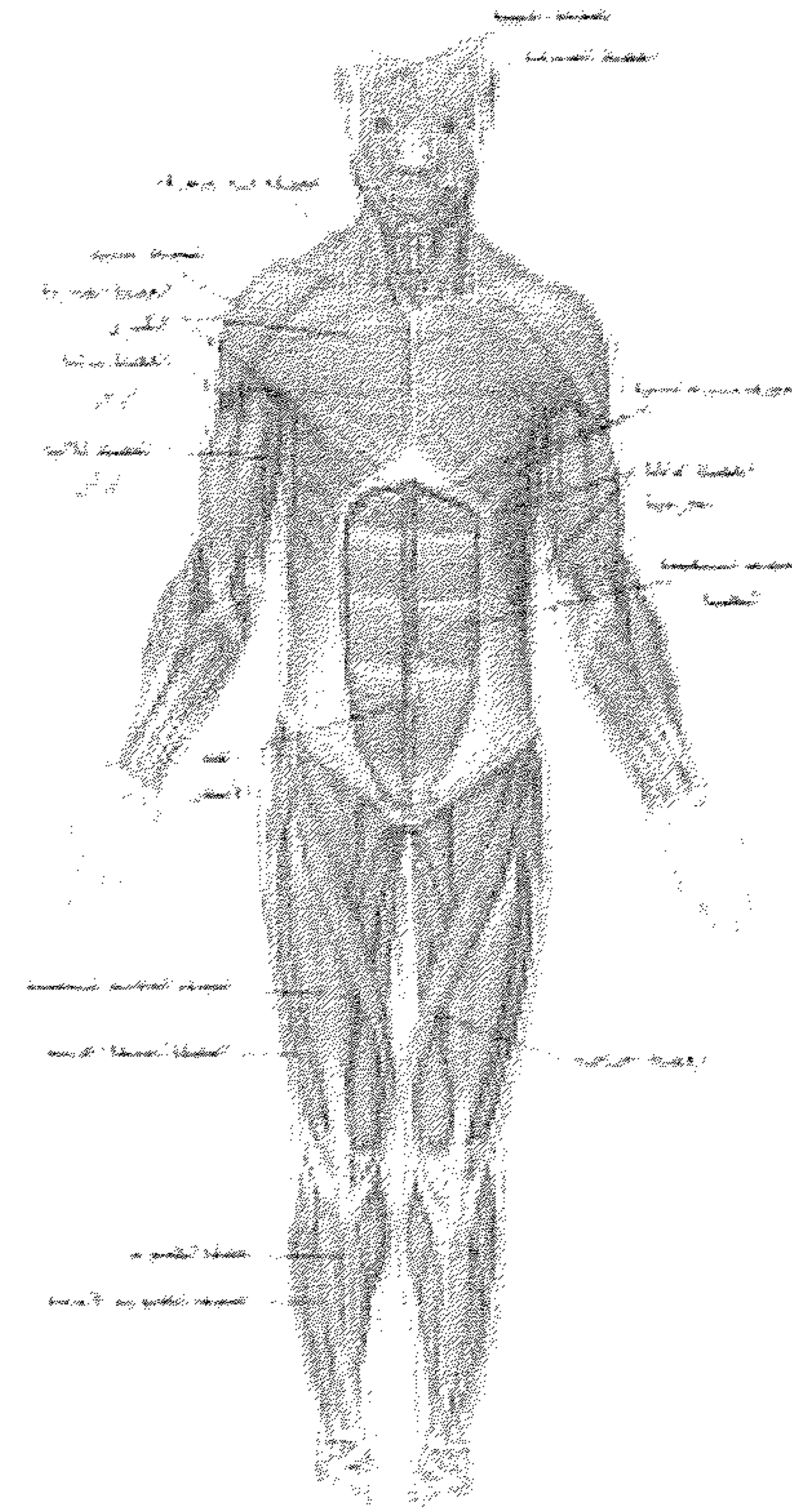
كذلك حيث يعاني المريض من معارضة الوالدين او المجتمع له. بالاضافة الى الخوف من الامراض التناسلية او الموت وحالات الاكتئاب التي تتميز غالبا بالام في الظهر.

وتشخص العنة عادة بالرجوع الى الاسباب النفسية للحالة وتحديد المواقف التي يحدث فيها فشل الجماع. خاصة الاتجاه نحو الشريك والموقف الذي يحدث فيه الجماع. والاتجاه نحو الصور المختلفة من الاستثارة التي تسبق الجماع والرغبة فيها.

8: 7: 3 اضطراب الطمث:

وقد يحدث توتر ما قبل الطمث حيث يلاحظ التوتر مع بداية الطمث ويستمر طوال فترته. وقد يبدأ التوتر بعد الطمث بعدة سنوات. وقد يحدث التوتر عندما تقلل الام من الدور الانثوي وينظر الى النشاط الجنسي على انه امر معيب ويثير الاشمئزاز واعتبار الطمث كأنه مرض. وغالبا ما تظهر الحاجة الشديدة للرعاية بسببه. ويفسر بعض الباحثين توتر ما قبل الطمث على انه شعور بالذنب بسبب الرغبة الجنسية او السلوك الجنسي.

وقد يرتبط عسر الطمث باحتقان الاوعية الدموية. الذي ينتاب النساء المزدوجات الحس فيما يرتبط بالدور الجنسي والانثوي نتيجة القلق والتشكك او قصور التقمص الصحي والتدريب على الدور الجنسي الاسري. كما قد يرجع اسباب احتباس الطمث الى تأخر النضج الجنسي وقد يحدث ايضا كدفاع ضد السلوك الجنسي حيث ينتاب احتباس الطمث لدى النساء حالة اكتئاب وفقدان الشهية للطعام. وقد يحدث احتباس الطمث في حالة الرغبة في الحمل والخوف منه(Brannon & Feist, 2004).



ومع نقص الافرازات الهرمونية لدى المرأة يصاحبها فترات من التعرق او احمرار الوجه او التوتر او عدم الثبات الانفعالي فانه يحدث انقطاع للطمث نتيجة وصول المرأة الى مرحلة اليأس حيث الاستجابات الفسيولوجية والنفسية التي تتكيف معها المرأة بفاعلية يصاحبها زيادة القلق وعدم الاستقرار مع زيادة شدة دفاعيات الشخصية.

8: 8 اضطراب جهاز المناعة:

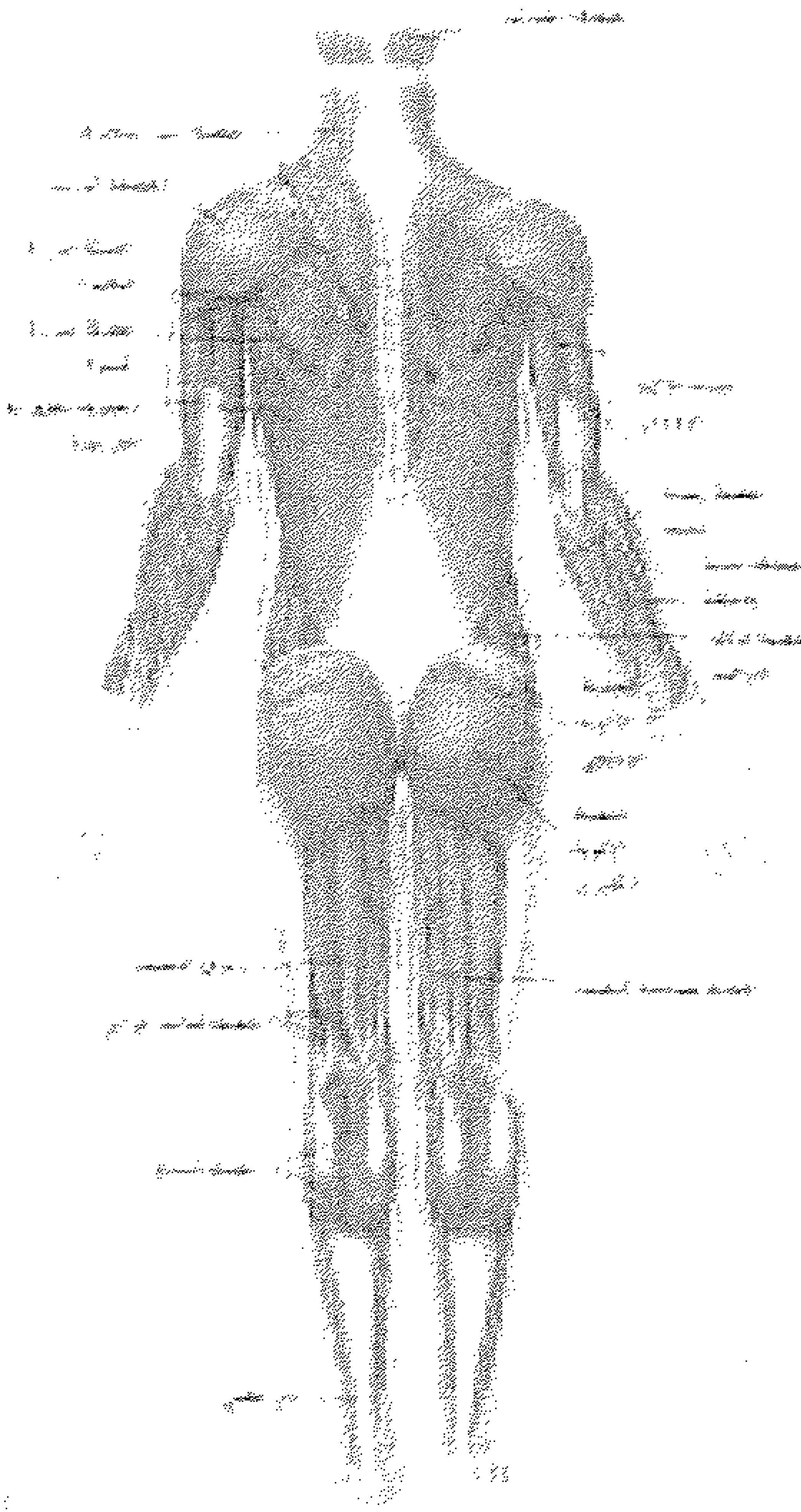
يمكن تعريف المناعة Immunity بأنها مقاومة الجسم للتهديد الذي ينشأ عن التعرض للعضويات المهاجمة. ويمكن ان تتطور بشكل

طبيعي فتنتقل من الام الى طفلها عند الولادة. او نتيجة الرضاعة الطبيعية كما يمكن اكتسابها من خلال الاصابة بالامراض كالاصابة بالحصبة التي تجعل احتمال الاصابة لها مرة ثانية امرا مستبعدالان الجسم يطور مناعة دائمة لهذا المرض. كما يمكن ان تتطور بشكل صناعي حيث يتم اكتسابها عن طريق التطعيم حيث يعطى جميع الاطفال المطاعيم لعدد من الامراض كالدفتيريا والسعال الديكي والجدري وشلل الاطفال مما يكسبهم مناعة دائمة تحميهم من الاصابة بهذا المرض (بريك وداود، 2008).

وعندما يتعرض جسم الانسان الى مهاجمة العضويات المسببة للمرض. فان الجسم يستجيب من خلال اليات المناعة غير المحددة التي تمثل مجموعة من الاستجابات لأي نوع من العدوى او الاضطراب الذي يتعرض له.الجسم. او يستجيب من خلال الياتت المناعة المحددة التي يولد الانسان وهو مزود بها فتقوم بمهاجمة الكائنات الدقيقة وما تنتج من مواد سامة.

8: 9 اضطراب الجهاز العضلي الهيكلي:

تؤثر الاضطرابات الانفعالية بشكل رئيسي على الجهاز العضلي الهيكلي للشخص. فتؤدي الى توتر عضلي خاصة عضلات خلف الرقبة والمنطقة القذالية والجزء السفلي من الظهر وعضلات الكتفين. وفي طبقة العضل الرقيقة التي تغطي الجمجمة. مما يسبب لدى المريض انواعا مختلفة من الصداع. ويعتبر التوتر العضلي الانفعالي للجزء السفلي من الظهر وجدار الصدر الامامي من الاضطرابات الشائعة. خاصة ما يتعلق منها بالام الظهر في المنطقة القطنية.



وتتعرض عضلات الرقبة الى تقلصات مستمرة او متقطعة وقد يؤدي ذلك الى دوران الذقن والرأس الى الجهة المضادة للجهة التي يحدث فيها التقلص. كما يحدث استرخاء لعضلات الرقبة اثناء النوم. وقد يكون سبب توتر عضلات الرقبة الى امراض فقرات الرقبة او العقد القاعدية وقد يرجع الى عوامل انفعالية. اما التوتر العضلي الذي يحدث في الطبقة العضلية التي تغطي الجمجمة فتحدث عدم ارتياح للمريض مع الم في الجبهة وفي المنطقة الصدغية وفي قمة الرأس. وفي الوجه ومنطقة ما قبل تجويف العين. ويشير الاطباء الى ان معظم انواع

الصداع ترجع الى توتر عضلي انفعالي في عضلات خلف الرقبة والجمجمة. وحالات من القلق المزمن(Brannon & Feist, 2004).

وقد يؤدي اضطراب الاوعية الدموية او الغدد الصماء او التمثيل الغذائي الى التهاب الروماتزم او الى مرض معد او الى الحساسية الزائدة. ويشير الاطباء الذين اجروا دراسة على هذا الاضطراب ان المريض الذي يعاني من التهاب الروماتزم يكبت التعبير عن عواطفه وشعوره بالكراهية

8: 10 اضطراب الغدد الصماء (الاندوسيرين) The Endocrine system :

عزيزي الدارس: مر معك ان الغدد تتكون من خلايا تختص بإفراز مواد كيماوية شديدة التعقيد. وان لجهاز الغدد أربع وظائف رئيسة تتمثل في المساعدة في ضبط بيئة الجسم الداخلية عن طريق تعديل التركيب الكيميائي لبعض جزيئات الخلايا المستجيبة. والاستجابة لتغيرات بيئية رئيسية تساعد الجسم في مواجهة الحاجات الطارئة كالعدوى والجفاف، والجوع، والنزيف، وتغيرات الطقس الحادة والكرب العاطفي. والمساهمة في جعل النمو والتكوين متناسقا ومتكاملا. وكذلك المساهمة في عمليات التكاثر. مثل تكوين الخلايا الجنسية والاخصاب وتغذية الجنين والولادة وتغذية الوليد(الحاج، 2001).

تؤثر الغدد الصماء في السلوك بشكل واضح، كما ترتبط وظائفها ارتباطا وثيقا بوظائف أجهزة الجسم المختلفة خاصة الجهاز العصبي. الا ان الجهازين (الجهاز العصبي والجهاز الغددي) مختلفان تماما في سرعة الضبط. فالجهاز العصبي مبني على توجيه أنشطة الجسم بسرعة. ويستعمل المنبهات العصبية لحث اعضاء الجسم للعمل الفوري بحيث يتم اجراء التعديلات الوظيفية المناسبة استجابة لتغيرات تحدث داخل وخارج الجسم. بينما يقوم جهاز الغدد بعمل مشابه. ولكن بسرعة اقل بكثير. وذلك باستعمال رسل كيماوية تدعى هرمونات Hormones تطلق في مجرى الدم لتصل الى مختلف انحاء الجسم. وتقوم الغدد الصماء بتنظيم العمليات التي تتواصل في الجسم لفترات طويلة. وتلعب الغدد الصماء دورا هاما في وظائف الأعضاء وتؤثر بذلك في السلوك والشخصية. إنها تؤثر بشكل واضح في النشاط العام للفرد, وفي سرعة وشدة السلوك الانفعالي, وفي كمية و نوع واستمرار السلوك الذي يختاره الفرد. ومن أمراض الغدد الصماء الشائعة **السكر** وهو مرض يتأثر كثيرا في نشأته بالاضطرابات الانفعالية . وتشير الفحوص الطبية التي تجرى عادة على مرضى السكر وجود اضطرابات في التمثيل الغذائي للجلوكوز بتغير الحالة الانفعالية للفرد. كما أن نشأة مرض السكر ترتبط غالبا بفترات من الضغط الانفعالي الشديدة. **(Holmes, 2001)**

ويؤكد الاطباء ان الاصابة النفسية تنشأ من اثارة الحاجة الى الاعتماد عندما يتعرض المريض الى الرفض والحرمان بفقدان شخص عزيز. وعندما يشعر الشخص

بالكراهية والاكتئاب. فان نسبة السكر عنده ترتفع. وتعود النسبة الى وضعها الطبيعي عندما يشعر الشخص بأنه مقبول ويجد الرعاية.

وتبين الدراسات كذلك ان الاضطرابات الانفعالية قد تقوم بدور فعال في زيادة **افراز هرمون الثيروكسين** فعندما يتفاعل الشخص بحماسة ويشعر بعدم الامن وبشعور غير اعتيادي بالمسؤولية وحركة زائدة واستثارة ويقظة لكل صوت وحركة وسرعة في السير والكلام والاكل والقلق والتشاؤم وعدم الثبات الانفعالي. فان افراز هرمون الثيروكسين يزداد. وتؤكد تلك الدراسات بان المريض يعاني من اضطرابات نفسية قبل ظهور الاعراض الاكلينيكية لزيادة افراز هرمون اليروكسين (Owens, 2002).

7: قائمة المراجع:

- **ابو زيد، مدحت عبد الحميد (2008).** علم نفس الطفل: الخوف والرهاب لدى الاطفال. **الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.**
- احمد، السيد علي وبدر، فائقة محمد (1999). **اضطراب الانتباه لدى الاطفال: اسبابه وتشخيصه وعلاجه.** القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- اسماعيل، عزت (1989): **علم النفس الفسيولوجي،** الكويت: وكالة المطبوعات.
- امام، حنفي محمود والرمادي، نور احمد (2001). **علم نفس الشواذ.** القاهرة مكتبة الانجلو المصرية.
- انستازي واخرون، (1992). **ميادين علم النفس النظرية والتطبيقية.** ترجمة احمد زكي صالح واخرون(المجلد الثاني). القاهرة: دار المعارف.
- انطاكي، سمير (1985). **العينية المصورة للطبيب الممارس وطالب الطب.** ميلانو، إيطاليا: مؤسسة الديار.
- أوتو فنجل، (1999). **نظرية التحليل النفسي في العصاب** (الجزء الاول). ترجمة صلاح مخيمر وعيدة ميخائيل رزق. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية
- أولبسير، جويدة (1995). **المهارات الاجتماعية وأثرها في ظهور السلوك الجانح.** رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر، الجزائر، االجزائر.
- باترسون. هـ. (1981). **نظريات الارشاد والعلاج النفسي.** (القسم الأول) ترجمة حامد عبد العزيز الفقي. الكويت: دار القلم.
- بارلو، ديفيد، (2002). **الاضطرابات النفسية: دليل علاجي تفصيلي.** ترجمة واشراف صفوت فرج. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية
- بشناق، رأفت (2001): **سيكولوجية الأطفال:** دراسة في **سلوك الأطفال واضطراباتهم النفسية.** بيروت: دار النفائس
- بهنام، رمسيس (1998). **الاجرام والعقاب.** الاسكندرية: منشأة المعارف.
- بيومي، محمد أحمد (1992). **ظاهرة التطرف – الأسباب والعلاج،** الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- تايلر، شيلي (2008). **علم النفس الطبي.** ترجمة وسام بريك وفوزي داود. عمان: دار حامد.
- توفلر، الفين (1994). **صدمة المستقبل.** ترجمة محمد على ناصف. القاهرة: دار نهضة مصر للطباعة والنشر.
- ثابت، عبد الرؤوف (1986). **الطب النفسي المبسط** ، دار النهضة العربية ، القاهرة .
- جلال، سعد: (1992). في الصحة العقلية (1992): **الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية** . دار المطبوعات الجديدة . الاسكندرية.
- الحاج، حميد احمد (2001). **بيولوجيا الانسان.** عمان: مركز الكتاب الاردني
- حماد، صبري محمد محمود (1981). **معالجة التدخين – كعادة سلوكية – باستخدام عدد**

من اساليب العلاج السلوكي. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية. الجامعة الاردنية.

- الخالدي، عطا الله فؤاد. (2008). **قضايا ارشادية معاصرة**. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع
- الخالدي، عطاالله فؤاد، (2008) ارشاد **المجموعات الخاصة**. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- دسوقي، كمال (1979). **الطب العقلي والنفسي: علم الامراض النفسية**. بيروت: دار النهضة العربية
- الرفاعي، نعيم (1987). **الصحة النفسية: دراسة في سيكولوجية التكيف**. دمشق مطبعة جامعة دمشق.
- الريماوي، محمد عودة (2004). **علم نفس النمو**. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- زهران، حامد عبد السلام (2005). **الصحة النفسية والعلاج النفسي**. القاهرة: عالم الكتب.
- سرحان، وليد والتكريتي، وليد وحباشنة، محمد (2004). **القلق**. عمان: دار مجدلاوي للنشر والتوزيع
- سعفان ، محمد أحمد . (2003) **فعالية برنامج إرشادي إنتقائي في خفض الوساوس والأفعال القهرية المرتبط بالشعور بالذنب** مجلة كلية التربية وعلم النفس . العدد السابع والعشرين الجزءالرابع
- سعفان، محمد (2003). **اضطراب الوساوس والافعال القهرية: الخلفية النظرية – التشخيص- العلاج**. القاهرة: مكتبة زهراء الشروق.
- سلطان، عماد الدين، (1992). **الطب النفسي**. القاهرة: دار النهضة العربية
- السيد، عبد الحليم وآخرون (2003). **علم النفس العام، القاهرة**: دار غريب.
- الشربيني، لطفي (2001). **الاكتئاب: الاسباب والعرض والعلاج**. بيروت: دار النهضة العربية.
- شريت، أشرف محمد عبد الغني وحلاوة، محمد السيد (2003). **الصحة النفسية بين النظرية والتطبيق**. الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- الشيخ علي، احمد (2005). **العوامل المرتبطة باضطرابات الاكل لدى عينة من المراهقات في مدارس عمان الخاصة**. اطروحة دكتوراه غير منشورة. الجامعة الاردنية . عمان: الاردن
- الشيخ، عبد السلام. (2002). **علم النفس الاجتماعي**. القاهرة: دار الفكر العربي.
- شيفر، شارلز وميلمان، هوارد.(1989) .**مشكلات الأطفال وأساليب المساعده فيها** .ترجمة نزيه حمدي و نسيمه الداوود. عمان، الجامعه الأردنيه
- صادق، آمال وابو حطب، فؤاد (1999): **نمو الانسان: من مرحلة الجنين الى مرحلة المسنين**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

- صالح، قاسم حسين (2008). **الامراض النفسية والانحرافات السلوكية : اسبابها واعراضها وطرائق علاجها**. عمان: دار دجلة
- صفوان، مصطفى (1998). **شخصية الحدث الجانح في ضوء النظريات التحليلية النفسية**. مجلة الصحة النفسية. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية المجلد (1)، العدد (1)، ص 104 – 117.
- عباس، لينا فاروق (2011). **مظاهر التشوه الوهمي للجسد وعلاقته بالقلق الاجتماعي والوسواس القهري والشخصية الارتيابية لدى طلبة الجامعات**. اطروحة دكتوراه غير منشورة. كلية العلوم التربوية والنفسية. جامعة عمان العربية.
- عبد الخالق، أحمد محمد (2000). **الدراسة التطورية للقلق**. القاهرة: دار المعرفة الجامعية.
- عبد الرحمن، محمد السيد (1999). **علم الامراض النفسية والعقلية : الاسباب – الاعراض – التشخيص – العلاج**. القاهرة: دار قباء
- عبد الموجود، سيد (2001). **اضطرابات الاكل لدى المراهقين والشباب وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية**. مجلة علم النفس، (59)، 156 – 163.
- عثمان، فاروق السيد (2001). **القلق وادارة الضغوط النفسية**. القاهرة: دار الفكر العربي.
- **عكاشه، أحمد (2003).** الطب النفسي المعاصر. **القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.**
- غنيم، سيد (1973). نظريات الشخصية. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية. القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
- فائق، أحمد (2001). الامراض النفسية الاجتماعية : **نحو نظرية في اضطراب علاقة الفرد بالمجتمع**. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية
- كفافي ،علاء الدين (2005) **ألصحة النفسية والعلاج النفسي** . دار النشر الدولي .
- محمد ، محمد جاسم(2004). **علم النفس الاكلينيكي**. عمان: مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- محمد، آمال (1998). البناء النفسي للمرضى المصابين بفقدان الشهية العصبي. مجلة علم النفس، ج1 (48)، 164 – 168.
- المطيري، معصومة سهيل (2006). **الصحة النفسية** . عمان: دار زهران للنشر والتوزيع.
- ملحم، سامي محمد (2012). **علم نفس النمو: دورة حياة الانسان**. عمان: دار الفكر
- هول، وليندزي، (1969). **نظريات الشخصية**. ترجمة محمد قدري لطفي وآخرون. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- ياسين، عطوف (1981). **علم النفس الاكلينيكي**. بيروت: دار العلم للملايين.

- Abraham, F.; (2003). Dialing body weight, body image and self esteem in young women: Doctors dilenmas. **Journal of article**, 178 (12), 607 – 611.

- Amato, P. & Cheadle, J. (2005). The Long Reach of Divorce: Divorce and Child Well-Being across Three Generations. **Journal of Marriage and Family**. **67**(1), 191-206.
- Amato, P. and Afifi, T. (2006). **Feeling Caught Between Parents: Adult Children's Relations with Parents and Subjective Well-Being**. Journal of Marriage and Family. 68 (1), 222-235.
- Arnold, M.; (1980). **Women and smoking**. WHO. February – March.
- Aronfreed, J.;(1998). Conduct and conscience: The socialization of internalized control over behavior. New York: Academic press.
- Atkinson, R., Atkinson, R., &Hilgard, E. (2005). **Psychology**. New York: Harcourt Brace Jovanovich, publishers.
- Baldry, A. & Farrington, D.P. (2000). Bullies and delinquents: Personal characteristics and parenting styles. **Journal of Community & Applied Social Psychology, 10,** 17-31.
- Barbara, M. N., & Phillip, R. N.;(2005). Development through Life.. Washington: Brooks Co publishing company, Pacific Grove.
- Baron, R. A., & Kalsher, M. J.;(2002). **Essentials of psychology.** Boston: Allyn and Bacon.
- Beck, A. T., (1997). **Depression, Clinical experimental and theoretical aspects**. London: Staples press.
- Beck, A.; (1980). **Depression: Causes and treatment**. University of Pennsylvania press.
- Beidel, D. C., & Turner, S. M.; (1998). **Shy children, phobic adults: The nature and treatment of social phobia**. American psychological association books.
- Berk, L. E.;(2002). Infants, Children, and Adolescents. Boston: Allyn and Bacon.
- Bernheim, K., F., & Lewine, R., J.; (2001). **Schizophrenia. Symptoms, vauses treatments**. New York: W.W.Norton and company.
- Biglan, A., Severson, H., Ary, D., Faller, C., Gallison, C., Thompson, R., Glasgow, R., & Lichtenstein, E.; (1987) Do smoking prevention programs realyy work? Attrition and the internal and external validity of an evaluation of a reusal skills training program. **Journal of Behavior medicine**, 10, 159 – 171.

- Binger, J. J.;(2003). Human development: A life – span approach. New York: MacMillan.
- Bootzin , R. R. Acocella, J. R., & Alloy, L. B.; (2004). **Abnormal psychology**. New York: McGraw – Hill and company.
- Bornstien, M. H., & Lamb, M. E.(2006). **Developmental psychology**. Hillsdale: Lawrence Eribum & Assoc.
- Brannon, L., & Feist, J.;(2004) **Health psychology: An introduction to behavior and health**. Australia: Thomson, Wadsworth.
- Brean , H.; (1990). **How to stop smoking**. New York: Pocker books.
- Carr, M. & Vandiver, T. (2001). Risk and Protective Factors among Youth Offenders. **Adolsence. 36**(143), 409+.
- Carson, C. C.,Butcher, J. N., & Mineka, S.;(2003). **Abnormal psychology and modern life. Boston**: Allyn and Bacon.
- Center for womens health,(2005). **Building a healthy body image and good self – esteem: Aguide for teens with facial differences**. Retrieved December 6, 2007 from www.youngwomenshealth.org/facial-difference.html.
- **Chavria, D. A., & Stein, M. B.; (1999).** Phenomenology and epidemiology of social phobia. **In Stein, D. J., Hollander, E, editors. American psychiatric press textbook of anxiety disorders. Washington (DC): American psychiatric press.**
- Comer, R. J., (2004). **Abnormal psychology**. New York: Worth publishers.
- Cunningham, M.; (2001). The Influence of Parental Attitudes and Behaviors on Children's Attitudes toward Gender and Household Labor in Early Adulthood. **Journal of Marriage and Family**; v63 n1 p111-22 Feb.
- Damon W.;(1998). The Moral child. New York: the free press.
- Darpat, T.; (2007). **Suicide in murderers studies in homicide**. New. York: Harper & Row.
- Davison, G. C, & Neale, J. M.;(2004) **Abnormal psychology**. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Dinh, K., Sarason, I., G., Peterson, A., V., & Onstad, I., e.; (1995). Children's perceptions of smokers and nonsmokers: A longitudinal study. **Journal of Health psychology**. 14, 32 – 40.

- Dohnt, H., & Tiggemanne, M.; (2006). Body image concerns in young girls: The role of peers and media prior adolescence. **Journal of youth and adolescence**. 35(2), 141 – 151.
- Dozois, J. A., & Dobson, K., (2004). **The prevention of anxiety and depression theory, research and practice**. Washington: American psychological association.
- Ebemeier, K. P., Danghey, C. and Steele, D., (2006). **Recent developments and current controversies in depression**. The lancet, 367, 153 – 167.
- Furmark, T.; (2000). **Social phobia**: From epidemiology to brain function acta universities upsaliensis. Comprehensive summaries of Upsala dissertations from the faculty of social sciences. 97, Uppsala.
- Gewirtz, J. L.;(1999). Mechanisms of social learning some roles of stimulation and behavior in early human development (In) D, Goslin (Ed), Handbook of Socialization theory and research. Chicago: Rand McNally.
- Grunberg, N., E., & Acri, J.B.; (1991). Conceptual and methodological considerations for tobacco addiction research. **Britich journal of addiction**. 86, 637 – 641.
- Gurege, O. (2008), Treating chronic pain in the context of comorbid depression. **Journal of Pain**, 134, 3-4.
- Hadfield, J. A.;(2002). **Childhood and Adolescence**. London: Pelican.
- Heath, A., C., & Madaden, P., A.; (1995). **Genetic influences on smoking behavior**. In J. R. Turner , et al. (Eds). Behavior genetic approaches in behavioral medicine. New York: Plenum press.
- Holms, D.;(2001) **Abnormal psychology.** New York: Harper Collins publishers, Inc.
- Jasinski, F. (2003). **The Impact of Divorce on Anxiety in Elementary- Aged Children.** Un Published Master theses, University of Wisconsen-Stuot, Wisconsen.
- Johnson, Monica, & Kirkpatrick.;(2002). Social Origins, Adolescent Experiences, and Work Value Trajectories during the Transition to Adulthood. Social Forces; v80 n4 p1307-40 Jun.

- Johnson, R.; (2002).**Adverse behavioral and emotional outcomes from child abuse and witnessed violence**. Child maltreatment. 7 (3), 179 - 190.
- Kail R. V.;(1998). **Children and their development**. New Jersey: Prentice – Hall.
- Kay, J. & Tasman, A.; (2000). **Psychiatry: Behavioral Science and Clinical Essentials**. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Kendall, P. C. & Hammen, C.; (1998). **Abnormal psychology: understanding human problems**. Boston: Houghton Unifying. Co.
- Kender, K. S., Karkowiski, L. M., and Prescott, (1999). **Fears and phobias: reliability and heritability**. Psychological medicine. 29: 539 – 553.
- Killian, K.; (1994). Fearing fat: Aiterature review of family systems understandings and treatments of anorexia and bulimia. **Journal of family relations**, 43 (3), 311 – 319.
- Kristen, C.K,et.al ;(1999):Gender Differences in Self- Esteem; Ameta Analysis , **Journal of Psychological Bulletin**, Vol 125(4).P.P470-500.
- La Greca, A., Dandes, S., Wick, P., Shaw, K., and Stone, W.; (1988). **Development of the social anxiety scale for children: Reliability and concurrent validity**. Journal of clinical child psychology. 17: 84 – 91.
- Lahey B. B.;(2007**). Psychology: An Introduction**. New York: WCB: Brown & Benchmark. The McGraw – Hill companies.
- Lefton, L., & Brannon. L.; (2003). **Psychology**. New York: Pearsin Education, Inc.
- **Liebowitz, R. G., & Schneier, F.; (1995).** Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment. **New York: Guilford press.**
- Manson, J., E., Colditz, G. A., Stampfer, M. J., Willeu, W. C., Rosner, B., Monson, R. R., Speizer, F., E., & Hennekens, C., H.;(1990). A prospective study of obesity and risk of coronary heart disease in women. **New Ingland Journal of Medicine**. 322, 882 – 888.
- Marikangas, A. S., Dierker. L.,& Grillon. C.; (1999**).**

Vulnerability factors . Biol. Psychiatry, 46 (11): 1523 – 1535.

- Marx, A. W.;(1998) **Introduction to Psychology: Problems procedures and principles**. New York: McMillan Pub. Co. Inc. ;
- Miller, P. (1983). **Theories of development psychology.** New York: Witt freeman.
- Mineka, S.,& Zinbarg, R.;(1995). **Conditioning and ethological models of social phobia. Social phobia: Diagnosis, Assessment, and treatment**. New York: The Guilford press.
- Muris, P. (2006). The Pathogenesis of Childhood Anxiety Development Consideration from a Developmentral Psychology Perspective. **International Journal of Behavioral Development. 30**(1), 5-11.
- Nairine, J. S.; (2003). **Psychology: The adaptive mind**. Australia: Thomson. Wadsworth.
- Nevid, J. S., Rathus, S. A., & Greene, B.; (2003). **Abnormal psychology in achanging world**. New Jersey: Pearson education International.
- Nielson, D.M; et.al; (1996) :An attempt to Improve Self- Esteem by Modifying Specific Irrational Beliefs ,**Journal of Cognitive Psychotherapy** ,Vol 10.P.P213-216 .
- Olivo, E.; (2002). Body image satisfaction and scham of young adult men and woman successfully treated childhood. **Dissertation abstract international**, 62 (10), 47 – 98.
- Owens, K.;(2002) **Child & Adolescent development: An integrated approach**. Aust.: Wadsworth: Thomas learning.
- Papadopoulos, C. (1989). Sexual aspects of cardiovascular disease. New York: Praeger.
- Papalia D. E., & Olds S. W.;(2005). Psychology. New York: McGraw – Hill Book Company.
- Papalia, D. E, & Olds, S. W.;(2006). A Child's world.. New York: McGraw – Hill, INC.
- Peterson, C.; (2001). **Introduction to Psychology**. New York: Harper Collins Publishers.
- Philips, N; Constance, L. Hammen, P; Brennan, J. & Najman, W. (2005). Early Adversity and the Prospective Prediction of

Depressive and Anxiety Disorders. **Child Psychology Journal of Abnormal. 33**(1), 13+

- Pierce, J., P., Choi, W. S., Gilpin, E., A., Farkas, A., J., & Merritt, R. K.; (1996). Validation of susceptibility as a predictor off which adolescents take up smoking in the united states. **Journal of health psychology**. 15, 355 – 361.
- Rathus A. R.;(1993). **Psychology**. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Rathus, S., A.; (2002**). Psychology in the new millennium**. New York: Harcourt college publishers.
- Rimm, D., Masters, J.; (2009). **Behavior therapy: Techniques and imperical findings**. New York: Academic press.
- Roberts,J.E; & Gotlib,L.H (1997):Temporal Variability in Global Self-Esteem and Specific Self- Evaluation, **Journal of Abnormal Psychology and Social Psychology**,Vol 78 (3).P.P 478-498 .
- Roediger 111 H. L. et al.;(2007). **Psychology.**. Boston: Little, Brown and company.
- Rusu, A.C., Hasenbring, M. (2008), Multidimensional Pain Inventory derived classifications of chronic pain: Evidence for maladaptive pain related coping within the dysfunctional group, **Journal of Pain,** 134, 80-90.
- Santrock, J. W., & Halonen, J. S.;(2003). **Psychology: contexts of behavior**. Chicago: Brown & Benchmark.
- Schickedanz, J. A. et al.; (2003).Understanding children. Mountain View, California: Mayfield publishing company.
- Schneier, F. & Welkowitz, L.; (1996). **The hidden face of shyness**. New York. Avon Books.
- Scholl, J.;(2006). **Foundations of education for blind and visually handicapped children and youth**. New York: American foundation for the blind.
- Schwartz, S.; (2003). **Abnormal psychology**. Calif. Mayfield publishing company.
- Scully. J. H., et al.;(2000) **Psychiatry**. Malvern: Pennsylvania: Harwal Publishing Company.
- Sears, L. L., Finn, R. P.;(1998). **Abnormal charcoal eye blink conditioning in autism**. J. of A. D. D. 24(3). Pp737 751..

- Serenviratho, G.; (1980). **Tomorrows disaster area**. WHO, February – March.
- Sobocki , P., Lekander, I., Borgstrom, F. Strom, O. and Runeson, B.; (2007). **The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005**. European psychiatric, 22 (2007), 146 – 152.
- Sobolowski, K. & Allen, C. (2008). Percieved Anxiety control as Amediater of the Relation ship between family Stability and Adjustment. **Journal of Anxiety Dissorders**. 22(2), 453 – 463.
- Spector, I., P., & Carey, M. P.; (1990). Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the literature. Archives of sexual behavior, 19, 389 – 408.
- Speilberger,, Ch. D.; (1983). **Manual for state trait anxiety inventory** (from X), Palo Ato, California: Consulting psychologists press.
- Sternberg, R. J., (2004). Psychology. Australia: Thomson Wadsworth.
- Strup, H., et al.; (2004). **Psychotherapy & Behavior change**. Chicago: Aldine publishing co.
- Sue, D., Sue, D., & Sue, S.; (2003). **Understanding abnormal behavior**. New York: Houghton Mifflin company.
- Taubes, G.; (2001). **The soft science of dietary for science**, 291, 2536 – 2545.
- Telch, C., F., & Agras, W. S. (1996). Do emotional studies influence binge eating in the obese? **Inernational journal of eating disorders**. 20, 271 – 279.
- Tiggenmanne, M.; (2001). The impact of adolescent girls kife concerns and leisure activities on body dissatisfaction, disordered eating, and self – esteem. **The journal of genetic psychology**. 162(2). 133 – 134.
- Twenge, J. (2000). The Age of Anxiety. Birth Cohort Change in Anxiety and Neuroticism, 195 -1193. **Journal of Personality and Social Psychology. 79** (6), 1007 – 1021.
- Veraraghavan, V., & Singh, S.; (2002). **Anxiety disorders: psychological assessment and treatment**, California: Sage publishers. Inc.

- Wade, C., & Tavris, C.;(2006). **Psychology**. New York: Harper Collins college publishers.
- Walker, L., S., Baber, K., Garber, J., Smith, C., A. (2007), A typology of pain Coping strategies in pediatric patients with chronic abdominal pain**, Journal of Pain in press**.
- Warren, S., Huston, L., Egeland, B., and Sroufe, L.; (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. **Journal of Am. Acad child adolescent. Psychiatry.** 36 (5): 637 - 644
- Willenberg, M., L., Levine, A., S., & Morley, J.m E.; (1986). Stress induced eating and food preference in humans: A pilot study. **International journal of eating disorders**. 5, 853 – 864.
- Wolckik, Sh; Yun -Tein, J; Sandler, I. & Dayle, K. (2002). Fear of Abandonment as Amoderator of the Relationship Quality and Children Adjustment Problems. **Journal of Abnormal Child Psychology. 30**(4), 401+
- Wolpe, J.; (1969). **The practice of behavior therapy**. New York: Pergman press.
- Wood, R., & Gustafson, G. E.;(2001) **Infant Crying and Adults' Anticipated Care giving Responses: Acoustic and Contextual Influences.** Child Development; v72 n5 p1287-1300 Sep-Oct.
- Wright B. & Weiss, J. P.;(2000) Social problems. Boston: Little Brown and company.

الوحدة الرابعة
الاضطرابات النمائية والمعرفية



الوحدة الرابعة
الاضطرابات النمائية والمعرفية

الاضطرابات العقلية:

- التعريف بالاعاقة العقلية:
- تصنيف الإعاقة العقلية
- أسباب الإعاقة العقلية :
- الخصائص السلوكية للأطفال المعاقين عقليا
- تشخيص الإعاقة العقلية :
- تأثير الاعاقة العقلية على صعوبات التعلم الأكاديمية
- الخصائص السلوكية لذوي صعوبات القراءة:

الاضطرابات الحسية:

- الاعاقة البصرية
- الإعاقة السمعية

اضطراب العمليات المعرفية

- اضطراب عمليات الانتباه
- اضطراب عمليات الإدراك الحسي
- اضطراب عمليات التفكير
- اضطراب عمليات الذاكرة

اضطرابات التواصل

- مفهوم الاتصال:
- اضطرابات الكلام واللغة

الوحدة الرابعة
الاضطرابات النمائية والمعرفية

1 : المقدمة

1: 1 تمهيد:

تواجد الأطفال غير العاديين في كل العصور التي مرت على بني البشر. وكانوا يشكلون نسبة لا بأس بها في المجتمعات. ولكن نظرة المجتمعات إلى هؤلاء الأفراد غير العاديين تباينت تبعا للمتغيرات والعوامل والمعايير في مجتمع منها. وبالرغم من حث الديانات السماوية على رعاية المعاقين والمعاملة الحسنى لهم . إلا أن هذه الفئة من الناس قد اضطهدت وسعت بعض المجتمعات إلى التخلص منهم:

- فكان الاتجاه السائد عند اليونانيين والرومان قبل الميلاد التخلص من هذه الفئة من الناس على اعتبار انهم أفراد غير صالحين لخدمة المجتمع.
- وفي الوقت الذي ظهرت فيه الديانات السماوية. كانت الرعاية والمعاملة الحسنة هي الاتجاه السائد.
- وفي القرن السادس عشر والسابع عشر ساد الاتجاه السلبي في معاملة المعاقين. وبقي الحال كذلك حتى قيام حركة الإصلاح التي تمثلت في الثورة الفرنسية والثورة الأمريكية. حيث ظهرت أفكار تنادي بحماية المعاقين وتعليمهم.

1: 2 الأهداف:

عند الانتهاء من دراستك لهذا الفصل فانه يتوقع ان تكون قادرا على أن:

- تعرف الاعاقة العقلية:
- تصنف الإعاقة العقلية:
- تصف المنغولية :
- توضح القماءة " أو حالات القصاع " :
- تبين حالات صغر أو كبر حجم الدماغ:
- تصف حالة استسقاء الدماغ :
- تذكر أسباب الإعاقة العقلية :
- تحدد الخصائص السلوكية للأطفال المعاقين عقليا :
- تشخص الإعاقة العقلية :
- تبين تأثير الاعاقة العقلية على صعوبات التعلم الأكاديمية:
- تعرف الاعاقة البصرية

- تصنف الاعاقة البصرية
- تحدد الخصائص السلوكية للمعاقين بصريا
- تعرف الاعاقة السمعية
- تصنف الاعاقة السمعية
- تحدد الخصائص السلوكية للمعاقين سمعيا
- توضح دور اضطرابات الانتباه في صعوبات التعلم:
- تحدد العوامل المؤدية إلى اضطرابات الانتباه:
- تشخص اضطرابات الانتباه عند الأطفال:
- تبين متطلبات الانتباه الضرورية للتعلم:
- تصف اضطراب عمليات الإدراك الحسي :
- توضح دور الوسيط الشكلي في اضطراب عملية الإدراك:
- تبين بطء النظم الادراكية لذوي صعوبات التعلم
- تذكر صعوبات الادراك التمييزية
- توضح النمذجة الادراكية
- تبين معالجة صعوبات الادراك التمييزية
- توضح معنى التفكير وطبيعته
- تحدد العمليات العقلية في التفكير:
- توضح اضطرابات تتابع او تدفق الافكار:
- تبين اضطرابات عائدية الافكار والسيطرة عليها:
- تصف اضطراب صيغة التفكير:
- تصف اضطراب محتوى التفكير:
- تحدد اضطراب عمليات الذاكرة:
- تعرف بعمليات الذاكرة:
- تحدد العوامل المؤثرة في الذاكرة :
- تصف قصور الذاكرة :
- توضح تشوه الذاكرة:
- تعرف مفهوم الاتصال:
- تصف اضطرابات الكلام واللغة:
- تحدد طبيعة اضطرابات الكلام واللغة:
- تبين أنواع اضطرابات الكلام واللغة:
- تحدد العوامل المسببة لاضطرابات الكلام واللغة:
- تشخص اضطرابات الكلام واللغة:
- تذكر الخصائص العامة للأطفال الذين يعانون من اضطرابات الكلام:

2 : الاضطرابات العقلية:

2: 1 التعريف بالاعاقة العقلية:

يقصد بالإعاقة العقلية نقص في درجة ذكاء الفرد . قد يكون في الغالب موروثا مما يؤدي إلى توقف في نمو خلايا الدماغ . وقد اختلف المنظرون في تعريف الإعاقة العقلية. فمنهم يعرف الإعاقة العقلية على أنه عدم اكتمال نمو الجهاز العصبي مما يؤدي إلى عدم قدرة الفرد على التكيف مع نفسه ومع البيئة من حوله. ومنهم من يعرف الإعاقة العقلية على انها ضعف فطري في الفهم لا يرجى إصلاحه . ومنهم من قال بان الإعاقة العقلية توقف في النمو سواء كان هذا التوقف فطريا أم مكتسبا في القدرات العقلية والخلقية والانفعالية .

ولقد حاول العديد من العلماء تعريف مفهوم الإعاقة العقلية ضمن تخصص كل واحد منهم في مجال البحث .

فينظر إلى الإعاقة العقلية من وجهة النظر الطبية على أنها حالة من النقص العقلي ناتجة من سوء التغذية أو من مرض ناشئ من الإصابة في مركز الجهاز العصبي وقد تكون هذه الإصابة قبل الولادة أو بعدها. واعتمد أصحاب وجهة النظر السيكومترية في تعريفهم للإعاقة العقلية على نسبة ذكاء الفرد التي توضحها مقاييس الذكاء المختلفة كمحك . فاعتبر الأفراد الذين تقل نسب ذكائهم عن 75 معوقون عقليا . كما حاول دول : Doll في تعريف للإعاقة العقلية وضع أسس الصلاحية الاجتماعية للدلالة على حالات الأعاقة العقلية فاعتبر ان كل من لا يتلاءم مع نفسه قد يكون متخلفا عقليا . وبهذا الأساس رأى أن الفرد الذي لا يمتلك القدرة على الكفاءة الاجتماعية ويجعله غير قادر على التلاؤم والتكيف مع الجماعة ومستواه العقلي أقل لديه من العاديين هو شخص معوق عقليا.

ونتيجة للانتقادات المتعددة التي وجهت لاصحاب وجهة النظر السيكومترية في تعريفهم للإعاقة العقلية ومحتوى تلك المقاييس . فقد ظهرت وجهة نظر أخرى تقيس مدى تفاعل الفرد مع مجتمعه واستجابته للمتطلبات الاجتماعية . فقد ركزت ميرسر (Mercer, 2003) في تعريفها الاجتماعي على مدى نجاح الفرد أو فشله في الاستجابة لمتطلبات الحياة الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة مع الأفراد العاديين في مثل سنه . وعليه ، فان الشخص يعتبر معوقا عقليا إذا فشل في القيام بالمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه

ويشير تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية إلى أن : **" الإعاقة العقلية تمثل مستوى من الأداء الوظيفي العقلي والذي يقل عن متوسط الذكاء بانحرافين**

معاريين. ويصاحب ذلك خلل واضح في السلوك التكيفي . ويظهر في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد وحتى سن: 18"

2: 2 تصنيف الإعاقة العقلية:

يمكن تصنيف الإعاقة العقلية بحسب الأسباب إلى قسمين رئيسين هما : **الإعاقة العقلية الأولية :** والتي تعود إلى أسباب ما قبل الولادة . والتي يطلق عليها بعض الباحثين بالعوامل الوراثية للإعاقة العقلية . و**الإعاقة العقلية الثانوية :** والتي تعود إلى أسباب تحدث أثناء فترة الحمل أو أثناء فترة الولادة أو بعدها . وهي التي يطلق عليها بعض الباحثين بالعوامل البيئية للإعاقة العقلية .

وتنقسم الإعاقة العقلية بحسب الشكل الخارجي " التصنيف الإكلينيكي " : إلى أربعة حالات يمكن التعرف على بعضها من خلال المظهر العام الفرد المصاب بالإعاقة العقلية . حيث اعتمد هذا التصنيف على وجود خصائص جسمية تشريحية فيزيولوجية إضافة إلى عامل الذكاء . وهذه الحالات هي :

2: 2: 1 المنغولية : Mongolism :

وقد أطلق اسم المنغولية على الأطفال الذين يعانون من إعاقة عقلية . ويشبهون في مظهرهم الجسمي إلى حد كبير الجنس المغولي وهؤلاء يتصفون بوجه مسطح، وتشقق في اللسان، وكبر حجم اللسان وظهوره خارج الفم، وكبر حجم الأذنين، وصغر حجم الرأس، والاضطراب في شكل الأسنان، وعينان ضيقتان ممتدتان باتجاه عرضي ومتجهتان إلى أعلى، وجفنان سميكان ويكون الحاجبان كثيفان، وصغر حجم الأنف وأفطس مائل قليلا، ويدان قصيرتان وعريضتان وأصابع قصيرة، ومفتوحة ولا توجد بها عقد كما لا يستطيع أطباق أصابعه، وقصر طول الرقبة (الروسان، 1996)

ويمكن التعرف على الحالات المنغولية قبل عملية الولادة وأثنائها . كما ان هذه الحالة ترتبط بعمر الأم . حيث تزداد نسبة هذه الحالة مع زيادة عمر الأم خاصة بعد سن 35 سنة. ويشير ماكميلان (Macmillan, 1996) إلى أسباب هذه الحالة إلى واحدة أو أكثر من الحالات التالية :

أ - اضطرابات في الكروموسوم رقم 21 :

حيث يظهر زوج الكروموسومات هذا ثلاثيا لدى الجنين. فيصبح عدد الكروموسومات لدى الجنين في حالة المنغولية 47 كرموسوم وليس 46 كر وموسوم كما هو الحال في الأجنة العادية

ب - حدوث خطأ في موقع الكروموسوم:

وهذه حالة نادرة الحدوث كما أنها لا ترتبط بعمر الأم. ويمكن تصنيف المنغولين ضمن فئة الإعاقة العقلية المتوسطة والتي تتراوح نسب ذكائها بين: 40 - 55 أو ضمن فئة الإعاقة العقلية البسيطة والتي تتراوح نسبة ذكائها ما بين: 55 - 70

ج - حالات اضطراب التمثيل الغذائي : Phenyiketonuria , (PKU) :

اكتشف حالات اضطراب التمثيل الغذائي لذوي الإعاقة العقلية العالم النرويجي فولنج Folling عام 1934 حيث لاحظ أثناء فحصه الطبي الروتيني لأحد الأطفال تغير لون بول الطفل عند إضافة حامض الفيريك من اللون الأحمر البني إلى اللون الأخضر . مشيرا إلى أن هذا يعود الى اضطراب التمثيل الغذائي لحامض الفينيلين Amino Acid Phenylalanine . نتيجة لعوامل وراثية تبدو في نقص كفاءة الكبد في إفراز الأنزيم اللازم لعملية التمثيل الغذائي لحامض الفينيلين وسوء هضمه بالطريقة المناسبة . فيظهر في الدم بمستويات عالية كمادة سامة للدماغ فيؤدي ذلك إلى اضطرابا الخلايا العصبية للدماغ مما ينتج عن ذلك الإعاقة العقلية. ويتميز هذا النوع من الإعاقة العقلية بأن نسبة ذكائهم تقل عن 50 ، وأن الاضطرابات الانفعالية والعدوانية والفصامية الواضحة لديهم. وتتميز أجسامهم بالجلد الناعم وصغر حجم الرأس لدى البعض منهم. وميزة هذا النوع من الإعاقة العقلية انه يمكن معالجته فيما إذا تم اكتشافه مبكرا . وخاصة في الأسابيع الأولى للولادة .

2: 2: 2 القماءة " أو حالات القصاع " : Cretinism :

ويقصد بها القصر الملحوظ في القامة مقارنة مع مثيله في العمر بحيث لا يتجاوز طوله ما بين : 60 - 70 سم للفرد الذي يتراوح عمره ما بين : 16 - 18 سنة . وتعود أسباب هذه الحالة إلى نقص في إفراز هرمون الثيروكسين الذي تفرزه الغدة الدرقية . وتتميز هذه الحالة بالقصر الشديد، وجفاف الجلد والشعر، واندلاع البطن، وتخلف عقلي، وكسل وخمول، وتأخر في الحركة والجلوس، ولا يميل إلى التفاعل الاجتماعي مع من يحاول مداعبته. فلا يظهر أي نمط من الاستجابة مثل الابتسامة أو الضحك، وقد يظهر على جسمه بعض التجاعيد، ويتغير لون جلده إلى الاصفرار، ويتأخر في الكلام.

2: 2: 3 حالات صغر أو كبر حجم الدماغ:Microcephaly & Macrocephaly:

يتصف هؤلاء الأطفال بصغر حجم الرأس عن الحجم العادي ويكون شكل الرأس على شكل مخروط وهذه الحالة تبدو واضحة عند الميلاد بالمقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها الفرد. وهؤلاء يتميزون بصعوبة التآزر الحركي وخاصة للمهارات الحركية الدقيقة . وعدم قدرتهم على اكتساب اللغة . ويتميزون بنشاط حركي

زائد ويشير الباحثون إلى ان الأسباب التي تؤدي الى وجود هذه الحالة هو تناول الكحول والعقاقير أثناء فترة الحمل . وكذلك تعرض الأم للإشعاع .

وكذلك الأطفال الذين يتصفون بكبر حجم الجمجمة مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها . والتي تبدو مظاهر الحالة واضحة عند الولادة حيث تعود أسباب هذه الحالة إلى عوامل وراثية . ويتميزون باضطراب بصري .

2: 2: 4 حالة استسقاء الدماغ : Hydrocephaly :

يتميز الأطفال الذين يتصفون بحالة الاستسقاء الدماغي بكبر حجم الجمجمة مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمون إليها . وتصاحب الحالة وجود سائل النخاع الشوكي داخل أو خارج الدماغ مما يؤدي إلى تلف خلايا الدماغ وتكون درجة تخلف الطفل على مدى تأثر خلايا الدماغ بهذا السائل . ويشير بولتن Polatin إلى انه يمكن علاج هذه الحالة عن طريق عملية جراحية يتم فيها سحب سائل النخاع الزائد . وذلك في حالة عدم التأثر الكبير لخلايا الدماغ . وقد تعود أسباب هذه الحالة إلى عوامل وراثية أو مرضية خاصة إصابة الطفل بمرض سايتميجاتك Cytomegatic Inclusion Disease أو مرض توكسوبلاسموسيز:Toxoplasmosis .

وتصنف الإعاقة العقلية بحسب نسبة الذكاء : إلى ثلاث فئات رئيسية بحسب معيار نسب الذكاء التي تفرزها مقاييس القدرة العقلية . ولعل أفضل المقاييس المقننة التي تقيس القدرة العقلية للأطفال هما مقياسا ستانفورد بينيه ووكسلر للذكاء وهذه الفئات هي:

- **الإعاقة العقلية البسيطة :** ويطلق على هذه الفئة مصطلح الأطفال القابلون للتعلم والتي يتراوح مستوى ذكائهم ما بين 55 - 70 حيث يتميز أطفال هذه الفئة بخصائص جسمية وحركية اعتيادية وبقدرتها على التعلم لمستوى المرحلة الابتدائية الدنيا " الصف الثالث الابتدائي " كما يتميز أفرادها بمستوى متوسط من المهارات المهنية .

- **الإعاقة العقلية المتوسطة :** ويطلق على أفراد هذه الفئة مصطلح الأفراد القابلون للتدريب ويتراوح مستوى ذكائهم ما بين 45 - 55 وتتميز بخصائص جسمية وحركية قريبة من مظاهر النمو العادي . ولكن يصاحبها أحيانا مشكلات في المشي او الوقوف . كما تتميز بقدرة مهنية بسيطة .

- **الإعاقة العقلية الشديدة :** ويطلق على هذه الفئة مصطلح الإعاقة العقلية الشديدة ، ويتراوح مستوى ذكائهم ما بين : 40 فما دون . ويتميزون بخصائص جسمية

وحركية مضطربة وباضطراب في مظاهر النمو اللغوي مقارنة مع الأفراد العاديين في نفس مستواهم العمري .

واعتمدت الجمعية الأمريكية للأفراد الذين يعانون من إعاقة عقلية مقياس السلوك التكيفي في تصنيف الإعاقة العقلية للأفراد مع الأخذ بعين الاعتبار فئات الدرجة على مقياس الذكاء بحيث تم تصنيف الأفراد الذين يعانون من إعاقة عقلية إلى أربع فئات هي : **الإعاقة العقلية البسيطة : Middle Mentally Retarded ، والإعاقة العقلية المتوسطة : Moderately Mentally Retarded، والإعاقة العقلية الشديدة : Severely Mentally Retarded ، والإعاقة العقلية الاعتمادية الشديدة جدا: Profoundly Mentally Retarded"**

ومن المقاييس التي اعتمدتها الجمعية الأمريكية للمتخلفين عقليا: مقياس فيلاند للنضج الاجتماعي، مقياس كين ليفين للمهارات الاجتماعية، مقياس TMR للأداء، ومقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية (AAMR,ABS).

وقد اتجه العاملون في مجال التربية الخاصة إلى تصنيف الأفراد الذين يعانون من إعاقة عقلية على أساس حالات التخلف العقلي الذي تحدده مستويات ذكاء كل واحد منهم على النحو التالي :

- **فئة بطيء التعلم : Show Learner** : وهم الأطفال الذين تتراوح نسب ذكائهم ما بين 75 - 90 . ويصف هؤلاء الأطفال بعدم قدرتهم على مواءمة أنفسهم مع ما يعطى لهم من مناهج في المدرسة العادية بسبب قصور في نسبة الذكاء عندهم . ويظهرون عدم قدرة في تحقيق المستويات الأكاديمية العادية في الصف الدراسي مقارنة بأقرانهم في مثل سنهم .

- **فئة الأطفال القابلين للتعلم : Educable Mentally Retarded** : وهم الأطفال الذين يقع مستوى ذكائهم مابين 50 - 75 كما توضحها مقاييس الذكاء. ويتميز هؤلاء بالقدرة في الاستفادة من البرامج التعليمية العادية ولكن ببطء واضح مقارنة بالأطفال في مثل سنهم . وتستطيع هذه الفئة الاستقلال الاقتصادي والاجتماعي بعد سن المراهقة . وهم يحتاجون الى نوع من البرامج الموجهة نحو التوافق للسلوك الاجتماعي المقبول . والى نوع من التوجيه المهني .

- **فئة الأطفال القابلين للتدريب : Trainable Mentally Retarded :** ويتراوح مستوى ذكاء أطفال هذه الفئة ما بين 30- 50 ، وهؤلاء يمكن إكسابهم بعضا من أساليب الرعاية الذاتية . وهم يحتاجون إلى الإشراف والمساعدة طوال حياتهم . كما انهم بحاجة لوضعهم في مراكز للرعاية الخاصة .

- **فئة الأطفال غير القابلين للتدريب " الاعتماديون " :** ويتراوح مستوى ذكاء أطفال هذه الفئة ما بين : 30 فما دون . وهي تحتاج إلى العناية التامة والإشراف الكامل من قبل الآخرين . ويظهر لديهم قصور في التناسق الجسمي والحسي والحركي .

2: 3 أسباب الإعاقة العقلية :

ان العوامل المؤثرة في النمو والتي تؤدي بدورها الى حدوث الاعاقات العقلية تنقسم الى ثلاث مجموعات تتعلق بكل من:

- **عوامل ما قبل الولادة:** وتنقسم هذه المجموعة الى عوامل جينية وراثية تتمثل في كل من: مستوى القدرات العقلية، والحالات المرضية، وتأثير الجين المتنحي، وانحراف الكروموسومات في الشكل والعدد. وعوامل مؤثرة داخل رحم الأم تتمثل في كل من: الزهري الولادي، والمواد الكيماوية التي تتناولها الأم ، وتلوث الماء والهواء، والعامل الرايزيسي RH

- **وعوامل في أثناء الولادة:** تتمثل في كل من: الولادة العسرة، والميلاد قبل اكتمال النمو، ونقص الاكسجين، والصدمات الجسمية، والتهاب السحايا.

- **وعوامل ما بعد الولادة:** وتتمثل في كل من: الإصابات الشديدة في الرأس، وحالات التسمم، ونقص الفيتامين، والالتهابات المخية السحائية، وسوء التغذية، وتأثير فيروسات مرض الغدة النكفية والحصبة، والسعال الديكي على الجهاز العصبي المركزي، والحوادث والصدمات.

2: 4 الخصائص السلوكية للأطفال المعاقين عقليا :

2: 4: 1 التعلم :

يعتبر التعلم من أكثر الخصائص التي يتميز بها الأطفال الذين يعانون من إعاقة عقلية وضوحا بالمقارنة مع الأطفال العاديين في مثل عمرهم الزمني. وتشير الدراسات الميدانية التي أجريت على الأطفال الذين يعانون من إعاقة عقلية . وجود فروق واضحة في الدرجة والنوع مع الأطفال العاديين. خاصة وأن هذه الفروق تتمثل في مستويات الأداء الأكاديمية لدى الأطفال من ذوي الإعاقة العقلية .

2: 4: 2 الانتباه :

ويواجه الأطفال الذين يعانون من إعاقة عقلية مشكلات واضحة في القدرة على الانتباه والتركيز على المهارات التعليمية . وكلما كانت درجة الإعاقة العقلية لدى الطفل

شديدة كلما كان الطفل أقل قدرة على الانتباه والتركيز . وقد أشارت الدراسات والبحوث الميدانية (Heward & Orlansky, 2000) في هذا المجال إلى أن الأطفال الذين يعانون من إعاقة عقلية يعانون من عدد من المشكلات الرئيسية التالية:

- الانتباه والتعلم التمييزي بين المثيرات من حيث شكلها ولونها ووضعها .
- الإحباط والشعور بالفشل
- مرحلة استقبال المعلومات في سلم تسلسل عمليات أو مراحل التعلم والتذكر
- الميل إلى تجميع الأشياء وتصنيفها بطريقة غير صحيحة

2: 4: 3 التذكر :

ترتبط درجة تذكر الفرد بدرجة الإعاقة العقلية التي يعاني منها فتزداد درجة التذكر كلما زادت القدرة العقلية والعكس صحيح . وقد أشارت الدراسات والبحوث الميدانية في مجال التذكر الى النقاط الرئيسية التالية :

- نقص القدرة العقلية لدى الطفل المعاق عقليا نتيجة ضعف قدرته على استعمال وسائل أو استراتيجيات أو وسائط للتذكر كما هي لدى الطفل العادي .
- ان درجة تذكر الطفل ترتبط بطريقة التعلم التي مارسها أو حصل عليها وكلما ارتبط تعلمه بالمحسوس كلما كان تذكره أكثر وضوحا
- تتضمن عملية التذكر ثلاث مراحل رئيسية هي في استقبال المعلومات وخزنها ثم استرجاعها . وأن المشكلة الأساسية لدى الطفل الذي يعاني من إعاقة عقلية هي في استقبال المعلومات .

2: 5 تشخيص الإعاقة العقلية :

يمكن تشخيص حالة الإعاقة العقلية من قبل فريق من الأخصائيين بحيث يتم جمع المعلومات عن النواحي الجسمية والنفسية والثقافية والاجتماعية.

- **فالطبيب :** يقوم بفحص الحالة الجسمية للطفل وما يتصل منها بالجهاز العصبي والحواس . وكذلك جوانب الصحة العامة الأخرى.
- **ويقوم الأخصائي الاجتماعي** بتقديم تقرير عن البيئة التي يعيش فيها الطفل والخبرات الثقافية التي مر بها وتاريخ الحالة والأمراض التي أصيب بها أو أصيبت بها الأم أثناء الحمل.
- **ويقدم الأخصائي النفسي** تقريرا عن مستوى قدراته ومهاراته وحياته الانفعالية

- **ويكون عمل الأخصائي في التربية الخاصة** ويكون عمله في محاولة وضع مخطط لنوع الخدمات التربوية التي يحتاجها . وذلك في حدود ما حصل عليه من معلومات عن الطبيب والأخصائي الاجتماعي والأخصائي النفسي.
- **بينما يكون عمل الأخصائي في التأهيل المهني** بعد أن يصبح الطفل في الرابعة عشرة من عمره وهي السن التي يتسنى فيه عملية التأهيل .

هذا ويشترك كل من الطبيب والأخصائيون الاجتماعيون والنفسيون ، وأخصائيو التربية الخاصة والتأهيل المهني في تعبئة نموذج دراسة الحالة (ملحق

2: 6 تأثير الاعاقة العقلية على صعوبات التعلم الأكاديمية:

تشكل القراءة أحد المحاور الأساسية والهامة لصعوبات التعلم الأكاديمية. وتعد من أهم وسائل كسب المعرفة والحصول على المعلومات وهي من الموضوعات الهامة التي ينبغي الاهتمام بها خاصة لأطفال المرحلة الأساسية بالنظر إلى أنها تمكن الإنسان من الاتصال المباشر بالمعارف والعلوم الإنسانية . كما أنها ضرورة لازمة للتكوين الثقافي والنمو الذاتي للأفراد. بالإضافة إلى ان القراءة تمثل أكثر أنماط صعوبات التعلم الأكاديمية شيوعا. وان ما نسبته 60 - 70% من الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم يعانون من صعوبات في القراءة. (كالفان، 1988).

ويشير الضعف القرائي إلى: قصور في تحقيق الأهداف المقصودة ومن ثم فهو يتضمن القصور في فهم المقروء أو إدراك ما اشتمل عليه من علاقات بين المعاني والأفكار أو التعبير عنه او البطء في التلفظ او النطق المعيب أو ضبط الخطأ للألفاظ. (قوره، 1986). وهي مصطلح يستخدم لوصف الأطفال الذين يبدون انحرافا عن الوسط في واحدة أو أكثر من العمليات اللازمة لفهم او استخدام اللغة المنطوقة او المكتوبة. بالرغم من كونهم عاديين عقليا وحسيا وحركيا. الا انهم يعانون من صعوبة في القراءة والنطق والهجاء والفهم الصحيح. ويؤدي ذلك الى وجود مشكلات ادراكية لديهم تؤثر في تعلمهم بصورة عامة والمفاهيم العلمية على وجه الخصوص ومن ثم ينخفض مستوى تحصيلهم لها. (Hallahan, et al, 1996).

2: 6: 1 العوامل المرتبطة بصعوبات القراءة:

ولما كانت القراءة تشكل أحد المحاور الرئيسية الهامة لصعوبات التعلم الأكاديمية ان لم تكن المحور الأهم في صعوبات التعلم. بالرغم من انحسار القيمة النسبية للقراءة في العصر الحاضر نتيجة التقدم التكنولوجي الهائل الذي جعل غالبية الناس يتابعون العديد من برامج التلفاز والفيديو وشبكات المعلومات. ومع ذلك. فان كل ذلك لا يلغي الدور الهام للقراءة الذي تلعبه في الحياة اليومية المعاصرة للفرد.

شكل رقم: (14: 1)



وتتداخل العوامل المختلفة التي تقف خلف صعوبات القراءة. والتي يمثلها الشكل رقم: (14: 1) والتي يمكن تصنيفها الى ثلاث مجموعات رئيسية هي:

أ - العوامل الجسمية:

تشير العوامل الجسمية. تلك العوامل التي تعزى إلى التراكيب الوظيفية والعضوية أو الفيزيولوجية التي تشيع بين الأطفال ممن يعانون من صعوبات التعلم. بصفة عامة وصعوبات القراءة على وجه الخصوص. وان الأطفال الذين يعانون من صعوبات في القراءة يعانون من نوع من الاختلال العصبي الوظيفي، التي تمثل

اضطراب السيطرة او السيادة المخية أو ما يسمى بالجانبية (السيطرة المخية أو الجانبية: تفضيل استخدام أو السيطرة الوظيفية لأحد جانبي الجيم على الآخر). وتوضح الدراسات والبحوث التي أجريت حول هذا الجانب إلى عزو صعوبات القراءة إلى العوامل الوراثية أو الجينية. وان هناك ارتباطات أسرية قوية في صعوبات القراءة بين أبناء وأفراد هذه الأسر. خاصة لدى الأطفال الذين تنخفض مستويات ذكائهم عن زملائهم العاديين.

ب - العوامل البيئية:

وتشكل العوامل البيئية سببا رئيسيا آخر في ضعف القراءة لدى الأطفال ويرى عدد من التربويين ان فشل الأطفال في اكتساب مهارات القراءة يرجع أساسا الى عدم تدريبهم عليها من خلال عمليات التعليم التي يقوم بها المعلمون على نحو فعال وملائم. كما ان ممارسات بعض المعلمين الخاطئة تساعد على تكوين صعوبات القراءة لدى الأطفال. ومن هذه الممارسات:

- ممارسة التعليم بما لا يتفق مع الاستعدادات النوعية الخاصة بهؤلاء الأطفال
- إهمال التعامل أو التفاعل مع الأطفال الذين يعانون من صعوبات القراءة بالقدر الذي يتم مع غيرهم من الأطفال العاديين.
- استخدام مواد تعليمية صعبة إلى الحد الذي يصيب على الأطفال الذين يعانون من صعوبات القراءة بالإحباط.
- ممارسة تعليم القراءة بمعدل يفوق استيعاب الأطفال لها. خاصة أولئك الأطفال الذين يعانون من صعوبات القراءة.
- تجاهل الأخطاء النوعية المتكررة التي تصدر من بعض الأطفال لتصبح بعد ذلك عادة سلوكية مكتسبة او متعلمة من قبلهم.
- الفشل في ملاحظة أخطاء القراءة التي تصدر عن الطفل أو إهمالها. وعدم الاهتمام بها بسبب تكرارها وما تتطلبه من جهد لتصحيحها.

ولا شك بأن لكل من الفروق الثقافية أو الحرمان الثقافي، والاختلالات اللغوية، والاضطرابات الأسرية، والمشكلات الانفعالية. التي يمر بها بعض الأطفال تشكل هي أيضا عوامل هامة في تكوين صعوبات القراءة لديهم.

وقد أوضحت الدراسات التي أجريت حول العلاقة بين الخصائص الأسرية وصعوبات القراءة (Miller, 1996) ما يلي:

- إن أطفال الصف الأول الذين يعيشون مع أمهاتهم فقط يظهرون سوء توافق. وصعوبات في القراءة عن أقرانهم الذين يعيشون مع الأبوين.
- ان الأطفال الذين ينتمون إلى أسر ذات مستوى ثقافي أعلى يكون مستواهم في القراءة أفضل من الأطفال الذين ينتمون الى أسر تتميز بمستوى ثقافي منخفض.

- ترتبط المستويات الأعلى في القراءة على نحو موجب بارتفاع المستوى الاجتماعي والاقتصادي. وارتفاع الدخل على نحو اكثر تحديدا.
- وترتبط المستويات الأعلى في القراءة على نحو موجب بالطموحات الأكاديمية والمهنية للأبوين (Hallahan, et al, 1996)

ج - العوامل النفسية:

يمكن القول بأن العوامل النفسية التي تقف خلف صعوبات القراءة تتمايز فيما يلي (الزيات، 2003):

- **اضطراب الإدراك السمعي:** ان عملية الإدراك تبدأ باستثارة حواس الفرد من خلال السمع أو البصر او بهما مع. وخلال عمليات الاستقبال ينتقي المخ تنظيمات او تراكيب لهذه المثيرات او الاستثارات. وتشير الدراسات الى ان القراءة تمثل دائرة مغلقة أو مستمرة.من الاستثارة والاستجابة. وبها تنتج كل لحظة أدرا كية أثرها التتابعي من التمييز والإدراك للمعنى. وان القراءة ترتبط بالخصائص الادراكية المتمثلة في كل من: التمييز بين الشكل والأرضية والإغلاق السمعي والبصري، التعميم والتعلم والتمييز والتمايز والتكامل الادراكيين. وتمييز الكلمات، وتمييز الأصوات خلال الكلمات، والإغلاق السمعي، والقدرة على المزج او الدمج.
- **اضطراب الإدراك البصري:** وأوضحت الدراسات ان الأطفال الذين يعانون من صعوبات القراءة بصفة خاصة وصعوبات التعلم بصفة عامة يعانون من صعوبات في التمييز بين الشكل والأرضية. وضعف الإغلاق البصري. وثبات الشكل وإدراك الوضع في الفراغ. وإدراك العلاقات المكانية.
- **الاضطرابات اللغوية:** فالحصيلة اللغوية للطفل وقاموسه اللغوية يؤثران بشكل مباشر على تعلمه وتفسيره للمادة المطبوعة او المقروءة وفهمه لها. فقد يفهم بعض الأطفال اللغة المنطوقة او المسموعة لكنهم لا يستطيعون استخدام اللغة في الكلام. والتعبير وتنظيم الأفكار. وهذا يعكس بالضرورة انفصالا ملموسا بيت الفكر واللغة. بالإضافة إلى سوء استخدام الكلمات والمفاهيم.
- **اضطراب الانتباه الإرادي او الانتقائي:** وتؤثر كفاءة وفاعلية عمليات الانتباه على كافة عمليات النشاط العقلي المصاحبة للقراءة. فهي تؤثر على كل من الإدراك السمعي والإدراك البصري ، والفهم اللغوي، والفهم القرائي. وبالتالي، فان اضطراب عمليات الانتباه يؤثر تأثيرا سالبا على النشاط الوظيفي المعرفي لهذه العمليات.
- **اضطراب الذاكرة:** أوضحت الدراسات الى ان الأطفال الذين يعانون من صعوبات القراءة يجدون صعوبة في الاسترجاع التتابعي للمثيرات المرئية. كما انهم يحققون درجات منخفضة على اختبارات الذاكرة البصرية Visual memory وذلك، نتيجة لعدم كفاءة عمليات الانتباه الانتقائي وقد تكون الوظائف العصبية والمعرفية

هي التي تقف خلف هذا الفشل. وتتمايز اضطرابات الذاكرة في نوعين كلاهما يؤدي الى صعوبات القراءة وهما: اضطرابات الذاكرة البصرية، واضطرابات الذاكرة السمعية.

- **انخفاض مستوى الذكاء:** بينت الدراسات والبحوث الى ان العديد من الأطفال الذين يعانون من صعوبات القراءة هم من ذوي الذكاء العادي. مما يشير إلى انه ليس بالضرورة ان يكون مستوى ذكاء الطفل الذي يعاني من صعوبات القراءة منخفضا. بينما أشارت دراسات أخرى إلى ارتباط دال إيجابيا بين التحصيل القرائي والذكاء. بمعنى ان الذكاء يرتبط على نحو موجب بالتحصيل القرائي. وان صعوبات القراءة اكثر قابلية للعلاج من خلال التدريب والتعليم المبرمج. والمعلمون هم اكثر العناصر إسهاما في ذلك.

2: 7 الخصائص السلوكية لذوي صعوبات القراءة:

بالرغم من تباين العوامل التي تقف وراء صعوبات القراءة وبالتالي تتباين الخصائص السلوكية للأطفال الذين يعانون من صعوبات القراءة. ومع ذلك فقد أمكن حصر الخصائص التي يتميز بها الأطفال الذين يعانون من صعوبات القراءة في الجدول رقم: (4: 1)

الجدول رقم: (4: 1)

الخصائص السلوكية للأطفال الذين يعانون من صعوبات القراءة

الخاصية	وصف الخاصية ، أو تحليلها
▪ عادات القراءة: حركات متوترة، غير آمن أو مطمئن، يفقد مكان القراءة، حركات جانبية للرأس، يحمل مواد القراءة قريبة من عينيه	▪ عصبي، متململ، عبوس، متجهم، صوت مرتفع، حاد، يضغط على شفتيه، يرفض القراءة، يبكي ويصرخ، يحاول تشتيت المعلم، يفقد مكان القراءة بصورة متكررة، عادة تكون مصحوبة بالإعادة، ينطق بطريقة متقطعة متشنجة مع هز الرأس. يبدو فاقدا للاتزان، يقرب مواد القراءة منه، يبدو عليه السخط والتبرم
▪ أخطاء التعرف على الكلمة: ▪ أخطاء حذف، أخطاء إدخال، أخطاء استبدال، أخطاء قلب، عكس، أخطاء نطق، أخطاء نقل/ ترتيب، لا يعرف بعض الكلمات، قراءة بطيئة متقطعة.	▪ يحذف بعض الكلمات، يقفز من موقع إلى آخر، يدخل بعض ▪ الكلمات، يستبدل بعض الكلمات بكلمات أخرى، يعكس/ يستبدل حروف الكلمات/ يقلب أو يعكس الكلمات/ الحروف، أخطاء نطق الكلمات، سوء النطق/ عدم الالتزام بالنطق الصحيح. يقرأ الكلمات بترتيب خاطئ- يقرأ كيفما اتفق. يتردد حوالي 5 ثوان عند الكلمات التي لا يستطيع نطقها. لا يتعرف على الكلمات بسرعة ملائمة (20 - 30 كلمة في الدقيقة)

▪ أخطاء فهم: عجز عن استرجاع الحقائق الأساسية عجز عن تتابع الاسترجاع عجز عن استرجاع الفكرة الرئيسية.	▪ غير قادر على الإجابة عن أسئلة معينة تتعلق بالحقائق الواردة في النص. ▪ غير قادر على ان يعيد القصة القصيرة التي يقرأها بالترتيب/ او التتابع. ▪ غير قادر على استرجاع الفكرة الرئيسية/ الهدف الرئيسي للقصة.
▪ أعراض التشتت: قراءة كلمة - كلمة، متكلف - صوت مرتفع وحاد، صياغات غير ملائمة، تجاهل أو سوء تفسير لعلامات الترقيم.	▪ يقرأ بطريقة متقطعة، كلمة كلمة، غير قادر على التجميع المترابط للكلمات أو المعاني. يقرأ بصوت مرتفع وحاد بصورة مختلفة عن نظم المحادثة العادية. تجميع غير ملائم او مترابط للكلمات - وقفات غير ملائمة. يضم الجمل/ العبارات/ الفقرات معا دون الالتزام بالنقط والفواصل والمعاني.

3: الاضطرابات الحسية:

3: 1 الاعاقة البصرية:

3: 1: 1 التعريف بالاعاقة البصرية:

البصر من أهم وسائل الاتصال بيننا و بين العالم الخارجي. وعيوننا وما تحويه من روابط عصبية هي اعظم الوسائل التي نحصل بها على معلومات عن عالمنا الخارجي. ويشير الباحثون إلى إن اكثر من 90 % من معلوماتنا عن العالم يأتينا عن طريق حاسة الأبصار. وتمثل العين عضو البصر بينما يمثل الضوء مثير عضو البصر(Dodwell, 1999)

وتعرف الإعاقة البصرية على انها حالة يفقد الفرد فيها القدرة على استخدام حاسة البصر بفعالية. مما يؤثر سلبا في أدائه ونموه. ويشير التعريف القانوني للإعاقة البصرية : على أنها الحالة التي لا تزيد فيها حدة إبصار الفرد عن 20 / 200 قدم في أحسن العينين أو حتى باستعمال النظارة. الطبية. وهذا يعني أن ما يراه الشخص العادي في إبصاره على مسافة مائتي قدم يجب أن يقرب إلى مسافة عشرين قدم حتى يتمكن من رؤيته الشخص الذي من مشكلة الإعاقة البصرية . أو هو الشخص الذي لديه مجال بصري محدود جدا. بحيث لا يزيد بصره المحيطي عن 20 درجة. بينما يشير التعريف التربوي للإعاقة البصرية بأنها الحالة التي لا يستطيع أن يقرأ أو يكتب إلا بطريقة برايل

.

3: 1: 2 تصنيف الاعاقة البصرية:

يمكن تصنيف الأطفال الذين يعانون من الإعاقة البصرية إلى فئتين رئيسيتين هما : **مجموعة الأطفال المعاقين بصريا أعاقة كلية :** وهي تلك المجموعة التي ينطبق عليها التعريف القانوني والتربوي للإعاقة البصرية . **ومجموعة الأطفال المعاقين إعاقة بصرية جزئية :** وهي تلك المجموعة التي تستطيع أن تقرأ الكلمات المكتوبة بحروف مكبرة أو باستخدام النظارة الطبية أو أية وسيلة تكبير ، وتتراوح حدة إبصار هذه الفئة ما بين : 20 / 70 إلى 20 / 200 قدم في أحسن العينين أو حتى باستعمال النظارة الطبية

يمكننا التعرف على ثلاث مظاهر للإعاقة البصرية هي:

- **حالة قصر النظر :** وتتمثل هذه الحالة في صعوبة رؤية الأشياء البعيدة لا القريبة . وفي هذه الحالة تكون كرة العين أطول من طولها الطبيعي . وأصحاب هذه الحالة يستخدمون النظارات الطبية ذات العدسات المقعرة لتصحيح رؤيتهم للأشياء .
- **حالة طول النظر :** وتتمثل هذه الحالة في صعوبة رؤية الأشياء القريبة لا البعيدة . وفي هذه الحالة تكون كرة العين أقصر من طولها الطبيعي. ويستخدم أصحاب هذه الحالة النظارات الطبية ذات العدسات المحدبة لتصحيح رؤيتهم للأشياء
- **حالة صعوبة تركيز النظر :** وتتمثل هذه الحالة في صعوبة رؤية الأشياء بشكل مركز . أو واضح . وفي هذه الحالة تكون قرنية العين في وضع غير طبيعي لها . فيستخدم أصحاب هذه الحالة النظارات الطبية ذات العدسة الأسطوانية لتصحيح رؤيتهم للأشياء

وتنقسم الأسباب الخاصة بالإعاقة البصرية إلى ثلاث مجموعات رئيسية هي:

أ - مجموعة أسباب ما قبل الولادة :

تشير هذه المجموعة إلى جميع العوامل الوراثية والبيئية التي تؤثر على نمو الجهاز العصبي المركزي والحواس بشكل عام والتي تمت الإشارة إليها عند دراسة الإعاقة العقلية باعتبارها عوامل عامة تسبب عددا من الإعاقات المختلفة التي قد يعاني منها الطفل. وقد اشتملت هذه العوامل على : العوامل الجينية ، سوء التغذية ، تعرض الأم الحامل للأشعة السينية ، العقاقير والأدوية الطبية ، الأمراض المعدية والحصبة الألمانية .. الخ.

ب - مجموعة أسباب ما بعد الولادة :

ونعني بها العوامل التي تؤثر على نمو حاسة العين ووظيفتها الرئيسية الإبصار . مثل العوامل البيئية كالتقدم في العمر وسوء التغذية والحوادث والأمراض التي تؤدي بشكل مباشر أو غير مباشر إلى الإصابة بالإعاقة البصرية

ج - مجموعة ثالثة من الأسباب:

فقد تجتمع أسباب ما قبل الولادة وأسباب ما بعد الولادة في حالات إصابة العين بعدد من الأمراض أو الحالات التي تؤدي إلى إعاقة بصرية كلية أو جزئية. ومن هذه الأسباب:

- **المياه البيضاء Cataract:** ويقصد بها تعتيم عدسة العين التدريجي الأمر الذي يؤدي إلى الإعاقة البصرية الكلية فيما بعد.

- **والمياه السوداء أو الجلوكوما (Glaucoma):** وتشير إلى تزايد الضغط على كرة العين بحيث تتجمع السوائل داخل العين مما يؤدي إلى زيادة الضغط على كرة العين. ويؤدي بالتالي إلى صعوبة وصول الدم إلى العصب البصري. فيؤدي ذلك إلى كف القدرة على الإبصار. (العنبري وآخرون، 1986).

- **والاصابة بمرض السكري،**

- **وأمراض الشبكية** وهي تلك الأمراض او الاضطرابات التي تصيب الشبكية أو أجزاء رئيسية منها مما يؤدي إلى ظهور الإعاقة البصرية لدى الشخص. **كانفصال الشبكية Retinal Detachment واعتلال الشبكية الناتج عن السكري Diabetic Retinopathy: وتنكس الحفيرة Macular Degeneration:** (الاضطراب الذي يصيب الشبكية ويحدث فيها تلف في الأوعية الدموية في منطقة الحفيرة أي النقطة المركزية: المسؤولة عن البصر المركزي). **وورم الخلايا الشبكية Retinoblastoma:والتهاب الشبكية الصباغي Retinitis Pigments:** (Scholl, 2006). **وأمراض العدسة** وهي تلك الأمراض أو الاضطرابات التي تصيب عدسة العين أو الأجزاء الخلفية للعدسة والتي تحدث نتيجة زيادة كمية الأوكسجين التي تعطي للفرد المصاب بنقص واضح في كمية الأوكسجين اللازم للخلايا الدماغية . وخاصة أثناء الولادة أو بعدها.

- **والتهابات العين : كالحول Strabismus:** (العنبري وآخرون، 1986) **وضمور العصب البصري Optic Nerve Atrophy: وتوسع الحدقة الولادي Aneroid، والبهق Albinism** (اضطراب تكون فيه الصبغة قليلة جدا أو معدومة. ناتج من خلل في البناء الفيزيولوجي لجسم الشخص بحيث يكون جلد الشخص أشقرا وشعره ابيضا وعيناه زرقاوين. وتكون القزحية شاحبة ولا تمنع الضوء الزائد من الدخول إلى العين. ولذلك، فان الضوء الذي يأتي إلى الشبكية لا يتم امتصاصه. فتحدث حساسية مفرطة للضوء. مما يستدعي استخدام النظارات الشمسية من اجل تخفيف ذلك. وقد يستخدم الشخص نظارات تصحيحية. بهدف الحد من كمية الضوء التي تدخل العين).

- **وعمى الألوان:** وهي حالة وراثية لا يستطيع الفرد فيها تمييز الالوان بسبب خلل في المخاريط. حيث تتأثر حدة البصر عادة فتضعف الى درجة كبيرة. وتحدث حساسية للضوء ورأرأة. بينما تكون الرؤيا عادية.

- **قصور الأنسجة Coloboma:** وهو مرض تنكسي وراثي يظهر فيه بروز أو شق في الحدقة وتشوهات في أجزاء مختلفة من العين مثل عدم نمو بعض الأجزاء المركزية أو المحيطية في الشبكية. ومن أعراضه: ضعف في حدة البصر، ورأرأة وحول وحساسية للضوء ومياه بيضاء.

- **القرنية المخروطية Keratoconus:** وهي حالة وراثية تنتشر فيها القرنية على شكل مخروطي. وتظهر في العشرينات من عمر الإنسان. وتؤدي إلى تشوش كبير في مجال الرؤية وضعف متزايد في حدة البصر في كلتا العينين. وينتشر هذا النوع من المرض لدى الإناث اكثر منه لدى الذكور.

- **رأرأة العين Nystagmus:** وهي حالة يحدث فيها حركات لا إرادية سريعة في العيون. ناتج من غثيان او دوخة تصيب الشخص. وغالبا ما تكون هذه الحالة بداية لوجود خلل في الدماغ. أو مشكلة في الأذن الداخلية للشخص. (Hallahan, et al, 1996)

- **العين الكسولة Amblyopic:** يحدث كسل العين في مرحلة الطفولة المبكرة. وهي حالة غير معروفة بالنسبة للأطباء. لكنهم ينصحون لمعالجة هذه الحالة قبل سن الثامنة او التاسعة من العمر.

- **أخطاء الانكسار (Errors of Refraction): مثل قصر النظر Myopia: وطول النظر Hyperemia وحرج البصر Astigmatism**

- **اضطرابات القرنية Corneal Disorders:**

- **التراخوما Trachoma:** التراخوما، التهاب مزمن ومعد في الملتحمة. نتيجة الفقر وقلة النظافة وعدم توفر العناية الصحية. (العنبري وآخرون، 1986)

- **الرمد Conjunctivitis :** وهو التهاب الملتحمة في عين واحدة أو في العينين. ومن أنواعه **الرمد الصديدي**. الناتج من الميكروبات التي تنتقل بواسطة الذباب. ومصافحة المصابين بالمرض، أو استعمال مناشفهم، **والرمد الحبيبي:** وينتج عن الفيروسات وتبدأ أعراضه بالدماغ والإحساس بوجود حبات رمل في العين. والحكة والحرقة في العين.**والرمد الربيعي:** هذا النوع من المرض كثير الانتشار في منطقة

الشرق الأوسط. ويعتقد العلماء ان سبب هذا المرض ناتج من غبار الطلع وأشعة الشمس.

- **الجحوظ Exophthalmoses:** وهو بروز العين إلى الأمام. وهو نوعان: جحوظ أحادى الجانب: ينتج عن الأورام في الحجاج Orbit أو التكيس أو فرط إفراز الغدة الدرقية. وجحوظ ثنائي الجانب: فقد ينتج عن صغر حجم الحجاج او فرط إفراز الغدة الدرقية. (انطاكي، 1985)

- **الحوادث وأسباب أخرى:** وتشير هذه الحالة إلى إصابة العين أو أجزاء منها بصورة مباشرة أو غير مباشرة بخلل من نوع ما نتيجة لحوادث مثل: الضرب على الرأس ، إصابة العين بضربة مباشرة أو غير مباشرة ، العمل في الأماكن شديدة الحرارة ، أو في مكان يكثر فيه الأتربة والغبار ، أو قلة الاهتمام بالنظافة الشخصية .. الخ.

عندما نقارن طفلا يعاني من إعاقة بصرية مع طفل آخر لا يعاني من شيء فإننا نلحظ من الطفل المعاق بصريا واحدة أو أكثر من تقريب أو إبعاد المادة المكتوبة من العينين، وصعوبة رؤية الأشياء البعيدة، وصعوبة رؤية الأشياء القريبة، وفرك العينين، واحمرار العينين، وتكرار رمش العينين، وتغطية إحدى العينين عند القراءة أو رؤية الأشياء القريبة أو البعيدة، والحول، والشعور بالصداع عند القراءة

ويمكن ملاحظة واحدة أو أكثر من حالات الإعاقة البصرية لدى الأطفال ، ويمكن للآباء والمعلمين أن يلاحظوا أيضا مثل هذه الأعراض لدى الأطفال . إلا ان الطبيب المختص يمكنه أن يشخص الحالة بشكل دقيق ومدى تفاقم الحالة لدى الطفل أو بساطتها . فيستخدم في تشخيصه أجهزة فنية حديثة ، أو يستخدم الطريقة التقليدية المعروفة باستخدامه. لوحة سنلن (Senllen Chart) والتي تحتوي على أسطر من الحروف التي تتناقص في حجمها من أعلى اللوحة الى أسفلها. ويصمم كل خط من الحروف تبعا لنسبة مسافة الفحص (6 قدم أو 20 قدم) للمسافة التي يستطيع الشخص العادي قراءتها. ويجلس المفحوص على بعد 20 قدما من اللوحة ويطلب منه إغلاق عينيه بالتناوب ويقرأ ما هو مكتوب عليها.

3: 1: 3 الخصائص السلوكية للمعاقين بصريا:

يتميز الفرد الذي يعاني من إعاقة بصرية بعدد من الخصائص منها :

أ - الخصائص العقلية :

تشير البحوث التي أجريت على أداء الأطفال المعاقين بصريا على اختبارات الذكاء إلى وجود فروق دالة إحصائيا على اختبارات الذكاء الأدائية بينما لم تظهر هذه

الفروق بين الأطفال العاديين والأطفال الذين يعانون من إعاقة بصرية على اختبار بينيه للذكاء أو الاختبارات التي تقيس الجانب اللفظي من مقياس وكسلر للذكاء. وقد قام بعض الباحثين بتطوير مقياس بينيه للذكاء ليتناسب والأطفال الذين يعانون من إعاقة بصرية بحيث يقيس القدرة العقلية للأطفال المعاقين بصريا وسمي المقياس الجديد باسم مقياس هيز - بينيه Hayes - Binet وتوجد بالإضافة الى هذا المقياس مقاييس أخرى تقيس القدرات العقلية للأطفال الذين يعانون من أعاقة بصرية منها : اختبار " The BALT Blind Learning Aptitude Test, "

ب - الخصائص اللغوية :

قد تتساءل فيما إذا كانت اللغة المنطوقة لدى الطفل الذي يعاني من إعاقة بصرية تختلف عن لغة الطفل العادي أم لا ! وهل تؤثر الإعاقة البصرية في قدرة الطفل على امتلاك اللغة ؟ . ان الدراسات والبحوث التي أجريت في هذا المجال تشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين الطريقة التي يكتسب فيها الطفل الذي يعاني من إعاقة بصرية والطفل العادي للغة المنطوقة فكل منهما يمتلك حاسة السمع التي تعتبر هامة جدا في لامتلاك اللغة. بالرغم من أن كل واحد منهم يكتب بطريقته الخاصة . فالطفل المعاق بصريا يكتب الحروف الهجائية بلغة بريل بينما يكتبها الطفل العادي بأشكالها المعروفة .

وتشير الدراسات أيضا إلي معاناة الطفل المعاق بصريا لمشكلات تكوين المفاهيم ذات الأساس الحسي البصري كمفهوم المساحة أو المسافة أو الألوان والتي لا يعاني منها الطفل العادي .

ج - الخصائص الأكاديمية :

ان التعطيل الجزئي أو الكلي لوظيفة البصر يحدث خللا في استقبال المعلومات المكتوبة بالطريقة العادية . ولهذا فان الطفل المعاق بصريا غالبا ما يلجأ إلى الحصول على معلومات مسموعة أو منطوقة " مسجلة على أشرطة تسجيل " . مما ساعد على ظهور الكتب المنطوقة والتي تمكن المعاقين بصريا من الاستزادة في العلم والمعرفة .

وتشير الدراسات إلى نقص في مستويات التحصيل الدراسي لدى الطفل المعاق بصريا لمثل عمره من الأطفال العاديين . كما أن الأطفال المعاقين بصريا يواجهون مشكلة كيفية أداء الامتحانات المرحلية الأمر الذي يحتاج في كثير من الأحيان إلى تقديم امتحانات غير مكتوبة مما يقلل من أداء الطفل المعاق في الامتحان ويحرمه من فرصة التفكير الطويل في الطريقة التي يجيب بها على أسئلة الامتحان . أما إذا توافرت فرص الأداء للطفل المعاق بصريا بفرص الأداء الطفل العادي . فان الفروق في الأداء بين الاثنين سوف تتلاشى تقريبا .

د - الخصائص الاجتماعية :

يشير لونفيلد وبريتين(Lowenfeld & Britain, 2005) إلى إحساس الطفل المعاق بصريا بالنقص في ثقته بذاته والى إحساسه بالفشل والإحباط بسبب الإعاقة البصرية التي أصيب بها مما ينتج عنها تدني في كثير من مستويات الأداء الأكاديمي، والمهني، مقارنة مع مثيله من الأطفال العاديين. وهذا يؤدي بالضرورة إلى ردود أفعاله المتوقعة مع الآخرين. وربما يغلب على سلوك الأطفال العاديين تجاه المعاق بصريا الشفقة والرفض نجد أن الأطفال المعاقين بصريا يغلب عليهم سلوك التقبل الاجتماعي. وهناك دراسات أخرى قام بها كل من بتمان (Beteman, 1964) تشير إلى تقبل الأطفال المعاقين إعاقة بصرية كلية بشكل أكبر من قبل الأطفال العاديين مقارنة مع الأطفال المعاقين إعاقة بصرية جزئية. وهناك دراسات أخرى حول الإعاقة البصرية إلى قدرة المعاقين بصريا إلى التكيف مع الحياة ، وقدرتهم على تكوين الأسرة ، ونجاحهم في ميدان العمل وفي الحياة الاجتماعية العامة. إلا أن هذا يرتبط مع مدى قدرة المعاق بصريا وكفاءته في مجال العمل وفي الحياة الاجتماعية بشكل عام (الحديدي، 1998).

3: 2 الإعاقة السمعية :

3: 2: 1 التعريف بالاعاقة السمعية

الأذن أداة السمع وهي جهاز شديد الحساسية يستطيع أن يحس بضغط الهواء الذي تبلغ شدته 3 مليون من الجرام كما أنها تستطيع أن تسمع الأصوات الضعيفة جدا التي يحرك ضغط موجاتها غشاء طبلة الأذن مقدارا يقل عن واحد مليون من البوصة

وللسمع أهمية عظيمة في حياة الإنسان فعن طريق السمع نتعلم الكلام : ونستطيع التفاهم مع الناس، ونستطيع التعلم والتثقيف، ونميز الكثير من أحداث الحياة، ونحدد أماكن الأشياء من حيث بعدها أو قربها دون حاجة للرؤية، ونميز الأصوات فنحمي أنفسنا من مصادرها إذا كانت ضارة. والمنبه السمعي عبارة عن موجات هوائية (أو ذبذبات صوتية) تصل إلى القوقعة عن طريق الطبلة والعظيمات والسائل اللمفي الموجود في الأذن الداخلية. ويطلق على الطفل الذي يعاني من إعاقة سمعية كلية بالطفل الأصم Deaf Child .وهو ذلك الطفل الذي فقد قدرته السمعية في السنوات الثلاث الأولى من عمره مما نتج عنه عدم اكتساب الطفل المعاق سمعيا من اكتساب اللغة ويطلق على الطفل الأصم مصطلح الطل الأصم الأبكم Deaf Mute Child

أما الطفل الذي يعاني من إعاقة جزئية في السمع فيدعى بالطفل الأصم جزئيا Hard of Hearing وهو ذلك الطفل الذي فقد جزءا من قدرته السمعية وعليه ، فان

الطفل الذي يعاني من إعاقة جزئية في السمع ، يسمع عند درجة معينة ، وينطق اللغة وفق مستوى معين يتناسب ودرجة إعاقته السمعية.

والإعاقة السمعية مستويات متفاوتة من الضعف السمعي تتراوح بين ضعف سمعي بسيط وضعف سمعي شديد جدا. ويعتقد البعض ان الإعاقة السمعية تصيب الكبار فقط دون الصغار. بينما تثبت الدراسات المستفيضة في هذا المجال ان هناك أنواعا مختلفة من الإعاقات السمعية تصيب الصغار أيضا. مما حدي بالباحثين إلى تسمية هذه الإعاقات بالإعاقة النمائية. أي ان تلك الإعاقات تحدث في مرحلة النمو (الخطيب، 1998). ومن تعاريف الإعاقة السمعية. **التعريف الوظيفي Functional Definition:** الذي يعتمد على مدى تأثير الفقدان السمعي على إدراك وفهم اللغة المنطوقة. فالإعاقة السمعية هنا تعني انحرافا في السمع يحد من القدرة على التواصل السمعي - اللفظي.

وتشير الدراسات المستفيضة في مجال الإعاقة السمعية الى أن 99 % من الأفراد يتمتعون بقدرة على السمع بشكل اعتيادي بينما يعاني 1 % فقط من الأفراد من إعاقة جزئية أو كلية في السمع

3: 2: 2 تصنيف الاعاقة السمعية:

يشتمل مصطلح الإعاقة السمعية كلا من الصمم Deafness و الضعف السمعي Limited hearing وقد جرت العادة على تصنيف الإعاقة السمعية وفق ثلاثة أبعاد رئيسية هي: العمر الذي حدثت فيه الإعاقة السمعية، وموقع الإصابة، وشدة الإصابة. **وتصنف الإعاقة السمعية وفق العمر الذي حدثت فيه الإعاقة السمعية الى :**

- **إعاقة سمعية لما قبل تعلم اللغة: Prelingual Deafness** : وهي تلك الفئة التي فقدت قدرتها السمعية قبل اكتساب اللغة وهي عادة ما تكون قبل سن الثالثة من عمر الطفل وهذه الفئة تتميز بعدم قدرتها على الكلام. لعدم سماعها باللغة
- **إعاقة سمعية لما بعد تعلم اللغة : Postlingual Deafness** : وهي تلك الفئة التي فقدت قدرتها على السمع كليا أو جزئيا بعد اكتسابها للغة وتتميز بقدرتها على الكلام لأنها سمعت باللغة وتعلمتها

وتصنف الإعاقة السمعية حسب مدى الخسارة السمعية (شدة الإصابة) الى:

- **إعاقة سمعية بسيطة : Mild Hearing Impaired** : وهي الإعاقة التي تتراوح فيها الخسارة السمعية ما بين 20 - 40 وحدة على مقياس ديسبل (20 - 40 dB Loss)

- **إعاقة سمعية متوسطة : Moderately Hearing Impaired** : وهي الإعاقة التي تتراوح فيها الخسارة السمعية على مقياس ديسبل ما بين: 40 - 70 وحدة (40 - 70 dB Loss)
- **إعاقة سمعية شديدة : Severely Hearing Impaired** : وهي الإعاقة التي تتراوح فيها الخسارة السمعية على مقياس ديسبل ما بين: 70 - 90 وحدة (70 - 92 dB Loss).
- **إعاقة سمعية شديدة جدا : Profound Hearing Impaired** : وهي الإعاقة التي تزيد فيها نسبة الخسارة السمعية عن 92 وحدة حسب مقياس ديسبل (92 dB Loss).

جدول رقم: (14: 2)

الرقم	مستوى الإعاقة السمعية	مستوى الخسارة السمعية على بالديسيل
1.	بسيطة جدا	40 - 25
2.	بسيطة	55 - 41
3.	متوسطة	70 – 56
4.	شديدة	90 – 71
5.	شديدة جدا (حادة)	أكثر من 90

كما **تصنف الإعاقة السمعية تبعا لموقع الإصابة أو الضعف في الأذن** إلى الآتي:

- **الإعاقة السمعية التوصيلية Conductive hearing loss**: تشير الإعاقة السمعية التوصيلية إلى أي اضطراب في الأذن الخارجية او الوسطى (الصيوان، قناة الأذن الخارجية، غشاء الطبلة، العظيمات الثلاث) يمنع او يحد من نقل الموجات او الطاقة الصوتية إلى الأذن الداخلية. والأشخاص الذين يعانون من الإعاقة السمعية التوصيلية يتمتعون بقدرة جيدة في تمييز الأصوات العالية نسبيا. وهم يميلون إلى التحدث بصوت منخفض. لانهم يسمعون بصورة جيدة. إلا ان بعض الأطفال الذين يصابون بإعاقة سمعية توصيلية يعانون في الغالب من اضطرابات الكلى او القلب واضطرابات الجهاز الهضمي. وتشوهات وجهية (خاصة في حالات الشفة الأرنبية). (Ruben, 2001).
- **الإعاقة السمعية الحس - عصبية Sensorineural hearing loss**: يشير مصطلح الإعاقة السمعية الحس عصبية الى حالات الضعف السمعي الناتجة عن أي اضطراب في الأذن الداخلية. ناتج من خلل في القوقعة Cochlear

Impairment أو خلـل فـي الجـزء السـمعي مـن العصـب القحفـي الثـامن Retrocochlear Impairment ومن أعراض هذه الإعاقة: اضطراب نغمات الصـوت Diplacucis حيث يكون للنغمة ترددات مختلفة بشكل ملحوظ في كل أذن. وازدياد شدة الصوت بشكل غير طبيعي وغير منسجم مع الزيادة الحقيقية في شدته. ويتحدث الشخص بصوت عال مع الآخرين. فطبيعة هذه الإعاقة تقضي ان يتكلم بصوت مرتفع نسبيا حتى يسمع صوته. كما يصبح الصوت مشوشا فلا يصل الى المراكز السمعية في الدماغ.

- **الإعاقة السمعية المختلطة Mixed hearing loss:** تشير الإعاقة السمعية المختلطة الى وجود اكثر من إعاقة لدى الشخص الواحد. كأن يكون مثلا يعاني من إعاقة توصيلية واعاقة حس عصبية في نفس الوقت. مما يحدث فجوة كبيرة بين التوصيل الهوائي والتوصيل العظمي للموجات الصوتية.

- **الإعاقة السمعية المركزية Central hearing loss:** تشير الإعاقة السمعية المركزية إلى الإعاقة التي تكون ناتجة من اضطراب في الممرات السمعية في جذع الدماغ او في المراكز السمعية في الدماغ. والأشخاص الذين يصابون بهذه الإعاقة يعانون في الغالب من اضطرابات عصبية خطيرة تطغى على الضعف السمعي.

ثالثا: أسباب الإعاقة السمعية :

يمكن النظر إلى أسباب الإعاقة السمعية بثلاث مجموعات رئيسية هي :

أ - مجموعة الأسباب الخاصة بالعوامل الوراثية :

تشير الدراسات التي أجريت على الأطفال الذين يعانون من إعاقة سمعية ان 50% من حالات الصمم تعزى لاسباب وراثية. وان هناك ما يزيد على ستين نوعا من الإعاقات السمعية الوراثية تبعا لعدة عوامل نجملها اليك فيما يلي:

1 - طريقة انتقال الصمم:

- **الصمم المحمول على جينات متنحية Recessive Deafness** : تشير الدراسات المستفيضة في هذا المجال ان حوالي 84% من الصمم الوراثي ينقل كصفة متنحية. إلى الأبناء من آباء سليمين عياديا. بمعنى انه ليس لديهما صمم ولكنهما يحملان جينات الصمم. فإذا كان لدى كل من الأب والام جين الصمم. فان احتمال ان يكون لدى الأبناء صمم هو: 25% (أي 1: 4). وقد يكون الابن حاملا لجين الصمم (50%) او ذا سمع عادي لا يحمل جين الصمم (25%) ويعد هذا النوع من الصمم هو الأكثر حدوثا بين حالات الصمم في مرحلة الطفولة.

- **الصمم المحمول على جينات سائدة Dominant deafness**: فقد يؤدي جين واحد الى معاناة الطفل من الصمم. ونسبة حدوث مثل هذه الحالة حوالي: 14%

- **الصمم المحمول على الكروموسوم الجنسي Sex - Linked Deafness:** يعتبر هذا النوع من الصمم اقل أنواع الصمم حدوثا حيث يتأثر الأطفال الذكور به فقط بما نسبته (2%).

- **عدم توافق العامل الرازيسي:** فالعامل الرايزيسي كما مر معك سابقا هو جزء من أجزاء الدم يشير إلى عدم توافق دم الام الحامل والجنين. مما ينتج عن ذلك حالة التخلف العقلي وبعض الإعاقات الأخرى مثل الشلل الدماغي والإعاقة البصرية. والإعاقة السمعية.

2 - العمر عند الإصابة بالصمم:

3 - نوع الفقدان السمعي:

ب - مجموعة الأسباب الخاصة بالعوامل البيئية :

والتي تحدث عادة قبل وبعد الإخصاب **مثل: الاصابة بالحصبة الألمانية**: وهو مرض فيروسي معدي. اعراضه المرضية بسيطة تشمل الحمى والبثور. فإذا أصابت الام الحامل الحصبة الألمانية. فان النتيجة في معظم الأحيان إعاقات شديدة او متعددة لدى الأطفال. **والتهاب الأذن الوسطى**: التهاب حاد أو مزمن يصيب الأطفال الصغار في السن على وجه التحديد. مما ينتج عنه إصابة الطفل بالحصبة. **والتهاب السحايا. والتسمم، والتعرض المتكرر للضجيج، وتصلب الاذن. والإصابات الجسمية والحوادث،** وهناك أسباب عديدة اخرى ترتبط بالإعاقة السمعية مثل: تجمع المادة الصمغية، والنكاف، والحصبة، ونقص الأكسجين، والحمى القرمزية، والسعال الديكي، والتهاب العظم الصدغي، والأنفلونزا، والتصلب المتعدد، وتشوه الصوان، وعدم وجود القناة السمعية، وانفجار الطبلة، والحلاء.

ج - أما المجموعة الثالثة فينظر إلى سبب الإعاقة بحسب مكان الإصابة في الأذن:

وهذه المجموعة يمكن تصنيفها إلى ثلاث مجموعات من الإصابة هي :

1 - إصابة طرق الاتصال السمعي : Conductive Hearing Loss :

تؤدي الإصابة بطرق الاتصال السمعي أو التوصيلي إلى إصابة الأذن الخارجية والوسطى مثال ذلك : الحالة التي تبدو في صعوبة تشكيل قناة الأذن الخارجية أو

الالتهابات التي تصب قناة الأذن الخارجية. وتسمى Atria الحالة التي تبدو في التهاب الأذن الوسطى والتي قد تنتج بسبب التهاب قناة ستاكيوس Eustachian Tube أو بسبب الحساسية Allergy ويلاحظ هنا أن نسبة الخسارة السمعية تكون أقل من 60 وحدة على مقياس ديسبل(الخطيب، 1998)

2 - إصابة طرق الاتصال الحسي العصبي : Sensorineural :

تمثل الإصابة بطرق الاتصال الحسي العصبي خللا في طرق الاتصال الحسي العصبي والتي تؤدي في الغالب إلى إصابة الأذن الداخلية وهذه تشكل مشكلة رئيسية لدى الأطباء والمربين نظرا لارتباط هذه الحالة بصعوبة فهم الكلام، أو اللغة المنطوقة لدى الفرد ويلاحظ هنا أن نسبة الخسارة السمعية تزيد عن 60 وحدة على مقياس ديسبل.

وهناك مؤشرات رئيسية يمكن النظر إليها بعين الاعتبار قبل ان نقوم بإحالة الفرد إلى اختصاصي القياس السمعي من اجل فحص حالته السمعية (الخطيب، 1998):

- وجود مشكلة معينة في الأذن. مثل: الألم أو الأصوات الغريبة (الرنين) أو التجمع غير الطبيعي للمادة الصمغية.
- ضعف في لفظ الأصوات وبخاصة حذف الأصوات الساكنة. والكلام غير الناضج او المشوش.
- عند الاستماع للمذياع أو التلفاز يرفع الشخص الصوت عاليا الأمر الذي يشكو منه الأشخاص الآخرون . وعندما يتحدث إليه الآخرون يطلب منهم ان يرفعوا أصواتهم.
- يدير الشخص رأسه بشكل جلي نحو مصدر الصوت كمحاولة منه لأن يسمع بطريقة واضحة. وقد يضع الشخص يده على آذنه وكأنه بذلك يحاول التقاط الأصوات وتجميعها.
- يطلب الشخص بشكل متكرر من الآخرين ان يعيدوا ما قالوه له.
- لا يستجيب الشخص أو لا ينتبه عندما يتحدث الآخرون معه بطريقة اعتيادية. فهو لا يفعل ما يطلب منه لأنه لا يسمع أو لا يفهم ما هو متوقع منه.
- المعاناة من ردود الفعل التحسسية واحتقان الجيوب الأنفية. فهذه المشكلات ترتبط أحيانا بالفقدان السمعي المؤقت او المزمن.
- الاتصاف بالتشتت والارتباك.وخاصة في حالة حدوث أصوات جانبية سواء في الأماكن المغلقة أو الأماكن المفتوحة.
- إظهار مستوى غير عادي من الانتباه أو عدم الانتباه. فالانتباه الشديد او عدمه قد يكون مؤشرا على وجود صعوبة في السمع.
- المعاناة من التهابات الآذن او الرشح بشكل متكرر. او الإصابة بالحصبة أو النكاف أو الحصبة الألمانية.
- الاعتماد على الإيماءات في المواقف التي يكون الكلام فيها أكثر فاعلية وجدوى.

ولا بد من الإشارة هنا إلى ضرورة ملاحظة الوضع السمعي للأطفال الصغار في السن عند إجراء الفحوصات الطبية العامة لمتابعة تطورهم. ويمكن الكشف عن

القدرات السمعية للأطفال في الأسابيع الثمانية الأولى من ولادتهم بالاعتماد على الانعكاسات الأولية Primitive reflexes فالأطفال في هذه المرحلة العمرية يستجيبون للأصوات المفاجئة والعالية بصورة لا إرادية حيث لديهم انبساط في الظهر وفي الأطراف يتبعه انثناء في الذراعين. وتسمى هذه الاستجابة باستجابة الإجفال Startling reflex أو استجابة مورو Moro reflex أما الأطفال الذي يزيد عمرهم عن ذلك. ولكنهم لا يستطيعون الجلوس بمفردهم بعد. فانه يمكن إجراء فحص بسيط. يتمثل في أن تقوم الام بحمل طفلها ويجلس الفاحص أمامها وذراعاه ممدوتان. ويحمل الفاحص بكل يد لعبة أو أداة تصدر صوتا ويمدها إلى خلف أذني الطفل. ويتوقع من الطفل في هذه الحالة تتبع ذراعي الفاحص والاستجابة للصوت الذي يصدر عن اللعبة التي يحركها. على انه يجب التأكد من ان الطفل لا يرى حركة يدي الفاحص عند إصدار الصوت عند إجراء التجربة.

3: 2: 3 الخصائص السلوكية للمعاقين سمعيا :

ان فقدان الطفل للقدرة اللغوية نتيجة لأصابته بإعاقة سمعية سوف يؤثر بشكل فاعل على مظاهره السلوكية الأخرى خاصة ما يتعلق منها بالمظاهر العقلية والاجتماعية قد يتساءل البعض منا في مدى اختياره لأي من الاعاقتين السمعية أو البصرية ؟ فأيهما تختار؟ وقد تختار الإعاقة السمعية كإعاقة أخف وطأة من الأخرى لكن الإعاقة السمعية تقف عائقا لكل نمو لغوي وعقلي واجتماعي بينما يتمكن الأطفال الذين يعانون من إعاقات بصرية من التعلم والنمو اللغوي والعقلي والاجتماعي. وبهذا فانك ترى الكثير من الآثار التي تتركها الإعاقة السمعية على الأطفال والتي يمكن إجمالها في الآتي:

أ - النمو اللغوي :

يشير مصطلح الطفل الأصم الأبكم الى ارتباط ظاهرة الصمم بالبكم فالإعاقة السمعية تؤدي بالضرورة الى حالة البكم وعليه فان هناك حالة طردية واضحة بين درجة الإعاقة السمعية من جهة ومظاهر النمو اللغوي من جهة أخرى

وكما تلاحظ فان النمو اللغوي يعتبر أكثر مظاهر النمو تأثرا بالإعاقة السمعية وكلما زادت درجة الإعاقة السمعية كلما زادت المشكلات اللغوية عند الطفل . والعكس صحيح. وبدون تدريب منظم ومكثف لن تتطور لدى الفرد المعاق سمعيا مظاهر النمو اللغوي الطبيعية. وهم بحاجة إلى تعليم هادف ومتكرر. ان الفرد الذي يعاني من إعاقة سمعية سوف يصبح ابكما بعد فترة إذا لم تتوفر له فرص التدريب الخاص الفاعل. بالنظر لغياب التغذية الراجعة السمعية عند صدور الأصوات وعدم الحصول على تعزيز لغوي كاف من الآخرين.

ويواجه الأطفال الذين يعانون من إعاقات سمعية بسيطة مشكلات في سماع الأصوات المنخفضة أو البعيدة، وفهم موضوعات الحديث المختلفة، وسماع وفهم 50 % من المناقشات الصفية، وتكوين المفردات اللغوية. أما الأطفال الذين يعانون من إعاقات سمعية متوسطة فهم يواجهون مشكلات في فهم المحادثات والمناقشات الجماعية، وتناقص عدد المفردات اللغوية وبالتالي صعوبة في التعبير اللغوي. والأطفال الذين يواجهون إعاقات سمعية شديدة فهم يواجهون مشكلات في سماع الأصوات العالية وتمييزها وبالتالي مشكلات في التعبير اللغوي. ويشير هلهان وزملاؤه (Hallahan et al, 1996) إلى الآثار السلبية التالية التي تخلفها حالات الإعاقة السمعية للأفراد فالطفل الأصم : لا يتلق أي رد فعل سمعي من الآخرين ، عندما يصدر أي صوت من الأصوات، ولا يتلق أي تعزيز لفظي من الآخرين عندما يصدر أي صوت من الأصوات. ولا يتمكن من سماع النماذج الكلامية من قبل الكبار كي يقلدها

ب - القدرة العقلية :

تشير الدراسات المتوفرة في هذا المجال إلى وجود علاقة طردية بين درجة الإعاقة السمعية ومظاهر النمو اللغوي. وكلما زادت درجة الإعاقة السمعية كلما زادت المشكلات اللغوية للفرد. ويرى عدد من الباحثين والعلماء (Macmillan , 1996. Furth, 2003 , MaCandless, 2003) أن هناك ارتباطا وثيقا بين كل من القدرة العقلية والقدرة اللغوية مما يشير إلى تدني مستويات أداء الأطفال الذين يعانون من إعاقة سمعية من الناحية اللغوية.وذلك بالنظر الى تشبع مقاييس الذكاء بالناحية اللفظية ويرى فيرث (Furth, 2003) الى ان الفروق في مستويات الأداء بين الأطفال العاديين والأطفال الذين يعانون من العاقة سمعية عائد الى عدم قدرة الطفل المعاق سمعيا من استيعاب تعليمات اختبارات الذكاء خاصة اللفظية منها وهذا يعني أن القدرات العقلية للصم تتشابه الى حد بعيد مع القدرات العقلية للأطفال العاديين.

ج - التحصيل المدرسي :

وكذلك ، فان الآثار التي تخلفها الإعاقة السمعية على الطفل تبدو واضحة تماما على عدم قدرة الطفل المعاق سمعيا من استيعاب اللغة وهذا يعني بالضرورة إلى عدم قدرة الطفل التقدم في جوانب التحصيل الأكاديمي نظرا لارتباط مستويات التحصيل الأكاديمية بنمو اللغة عند الطفل ويشير فيرث في هذا المجال إلى أن نسبة قليلة من الصم تستطيع استيعاب ما تقرأ في مستوى ما بعد المرحلة الثانوية وفي دراسة لرايت ستون وزملاؤه Writestone et al على حوالي 5307 من الأطفال المصابين بالصم. وكان متوسط درجة إعاقتهم السمعية 84 وحدة ديسبل وتراوحت أعمارهم ما بين 10,5 -16,5 أشار فيها إلى أن متوسط صف القراءة لهذه العينة هو في مستوى الصف الثالث الابتدائي فقط (Hallahan, et al, 1996).

د - التكيف الاجتماعي والمهني :

ولما كانت اللغة هي وسيلة الاتصال بين الأفراد. خاصة ما يرتبط منها بالتعبير عن الذات وفهم الآخرين ولما كانت اللغة بحد ذاتها وسيلة مهمة من وسائل النمو العقلي والمعرفي والانفعالي واعتماد النمو الاجتماعي والمهني على اللغة فان الأطفال الذين يعانون من إعاقة سمعية ، يعانون بشكل واضح من مشكلات تكيفية في نموهم الاجتماعي والمهني بسبب النقص الواضح في القدرة على التعبير اللغوي لديهم إضافة إلى كثير من مواقف الإحباط التي يواجهونها في محاولاتهم المتكررة لإيجاد حد أدنى من مستويات التكيف الاجتماعي والمهني لهم.

4: اضطراب العمليات المعرفية

من العمليات الأساسية في تفاعلنا بيئتنا التي تحيط بنا. تلك العملية التي تحكم استقبالنا كبشر للمعلومات الخاصة بالمثيرات و الأحداث والظواهر المحيطة بنا. انظر كيف أننا نتوقف بالشارع حينما يضيء النور الأحمر, ونجيب على التلفون حينما نسمع جرسه , و نميز صوت الصديق من بقية الناس. ورائحة شوي اللحم حينما نمر بالقرب منه. و كيف نتعرف على الصوف من ملمسه. وغير ذلك من الأمثلة الشيء الكثير وكل هذه النماذج السلوكية نتوقف على ميكانزمات الاستقبال وتفسير المعلومات.

4: 1 اضطراب عمليات الانتباه:

اهتم الفلاسفة القدماء بالانتباه على اعتبار انه تركيز العقل أو تركيز عضو حسي في أمر ما ، أو التفكير في شيء أو موضوع ما. ثم تطورت هذه النظرة مع ظهور مجموعة من النظريات الفلسفية ذات الطبيعة السيكولوجية على يد عدد من الفلاسفة مثل : هربرت ولوك وبيركلي وغيرهم ممن نظر إلى الانتباه باعتباره التمييز بين المنعكس العصبي السلبي أو غير الإرادي وبين الإرادي الإيجابي (السيد وآخرون، 2003).

ألا أن البدايات الأولى للتناول العلمي السيكولوجي للانتباه ، تمثلت في اهتمام علماء النفس التجريبيين من مدرسة فونت. وكان لكتابات عالم النفس الأمريكي وليم جيمس الفضل في إثارة موجة كبيرة من الاهتمام بموضوع الانتباه.

ولقد اهتم العلماء بالانتباه باعتباره الخاصية المركزية للحياة الذهنية ومهمته الأساسية هي توضيح مضامين أو محتويات الوعي وتحويل مادة الإحساس الخام إلى إدراك وفهم من خلال استبطان الخبرة الشعورية (Festinger, 2005).

وفي أواسط السبعينات تم الكشف عن الأساس العصبي والبيولوجي لوظيفة الانتباه . وبدأ ظهور مفهوم جديد هو مفهوم التيقظ والتنشيط اللحائي الذي يمثل أحد

جوانب الانتباه الهامة. وينظر الآن لمفهوم الانتباه على أنه العمليات أو الوظائف الأولية المعرفية المحورية التي تدور حولها عمليات فهم الكثير من جوانب السلوك والحياة العقلية للمرء. ويتوقف مدى فهمنا للطبيعة البشرية كلية على مدى تقدمنا في بحوث الانتباه بأساليب البحث العلمي الحديث.

اذن، الانتباه مفهوم معقد وصعب التحديد يقصد به وضوح الوعي Clarity of consciousness أو بؤرة الشعور Sensory Modality (Cohen, 2003). كما أنه استعداد لدى الكائن الحي للتركيز على كيفية حسية معينة مع عدم الالتفات للتنبيهات الحسية الأخرى (Peterson, 2001).

4: 1: 1 دور اضطرابات الانتباه في صعوبات التعلم:

هناك علاقة هامة بين اضطرابات الانتباه وصعوبات التعلم. وقد تمايزت البحوث والدراسات التي اجريت بهدف توضيح دور اضطرابات الانتباه في صعوبات التعلم في محورين رئيسيين تناولا نمطي مهام الانتباه الارادي أو الانتقائي Selective attention ومهام الانتباه طويل المدى Sustained attention.

أ - الانتباه الإرادي أو الانتقائي:

يعرف الانتباه الانتقائي أو الإرادي على انه القدرة على الاحتفاظ أو الاستمرار في الانتباه الى موضوع الانتباه في ظل وجود العديد من المشتتات. وقد كشفت الدراسات التي أجريت على الانتباه الانتقائي أن الاطفال العاديين يحتفظون بعدد أكبر من المثيرات المركزية اذا ما قورنت بأقرانهم من ذوي صعوبات التعلم. بينما كان احتفاظ الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم بالمثيرات العارضة أكبر عددا من زملائهم العاديين. مما حدا بالباحثين إلى الاستنتاج بأن الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم لديهم قصور أو اضطراب في الانتباه الانتقائي. كما يغلب عليهم صعوبة في التمييز بين المثيرات المركزية موضوع الانتباه الانتقائي والمثيرات العارضة (Hallihan & Reeve, 2000). ووجد تارنويسكي (Tarnowski, et al, 1986) أن الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم أظهروا عجزا أو قصورا في الأداء على مهام الانتباه الانتقائي عند مقارنتهم بالعاديين من أقرانهم.

ب - الانتباه طويل المدى:

نعني بالانتباه طويل المدى أو الممتد لفترة ، أن يستمر أو يظل الانتباه للشيء أو الظاهرة موضوع الانتباه لفترة من الزمن. وقد أجرى عدد من الباحثين دراسات مستفيضة لمقارنة الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم بالأطفال من ذوي

اضطرابات فرط النشاط مع قصور في الانتباه على مهام قياس الانتباه طويل المدى. (Richards, et al, 1990) (Tarnowski, 1986) حيث أوضحت هذه الدراسات إلى أن الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم ليس لديهم قصور في أداء مهام الانتباه طويل المدى. بينما أظهر الأطفال من ذوي اضطرابات فرط النشاط مع قصور الانتباه الكثير من الأخطاء على مهام قياس الانتباه طويل المدى. وكانت استجاباتهم للمثيرات المصاحبة التي تقطع أمد الانتباه أو استمراريته أكبر.

4: 1: 2 العوامل المؤدية إلى اضطرابات الانتباه:

أشارت الدراسات والبحوث التي أجريت حول الأسباب والعوامل المؤدية إلى اضطرابات الانتباه إلى تعدد هذه العوامل والأسباب بحيث يمكن إجمالها في ثلاثة عوامل رئيسية هي:

أ - العوامل البيولوجية المنشأ مقابل العوامل البيئية المنشأ:

تشتمل العوامل والأسباب البيولوجية المؤدية لاضطرابات الانتباه إلى أصول وراثية وفرط النشاط وتأخر النمو في المراحل الحرجة والأمراض المزمنة التي يشيع ارتباطها بهذه الارتباطات. وتشتمل العوامل البيئية المنشأ على العوامل النفسية والاجتماعية والتأثيرات الوالدية والحساسية الغذائية.

ب - العوامل العصبية المرتبطة بوظائف الجهاز العصبي المركزي:

تتمايز العوامل العصبية في جانبين رئيسين هما:

- **الإصابات المخية:** أشارت الدراسات المتعلقة بهذا الجانب أن أسباب اضطرابات الانتباه ترجع إلى وجود شذوذ أو خصائص غير عادية في الجهاز العصبي المركزي. على الرغم من وجود شكوك استمرت فترة زمنية طويلة من ان اضطرابات الانتباه ترجع إلى إصابات مخية. وقد أكدت الدراسات الحديثة (Rutter, 1997) وجهة النظر هذه.
- **الانتقال أو الإرسال العصبي:** أوضحت الدراسات والبحوث التي أجريت على الانتقال العصبي للأطفال الذين يعانون من اضطرابات الانتباه وجود علاقة بين اضطرابات الانتباه وفرط النشاط، وكفاءة الناقلات العصبية. وان العديد من المخدرات تخفف من أعراض اضطرابات الانتباه وفرط النشاط. بينما أشارت دراسات أخرى عدم وجود مثل هذه العلاقة.

ج - عوامل تتعلق بخلل نظام الضبط الاستثاري:

نعني بنظام الضبط الاستثاري تهيئة الجهاز العصبي المركزي ليكون في المستوى الأمثل للاستثارة وهو مفهوم يرتبط بشكل رئيسي بالمقاييس الفيزيولوجية مثل: معدل ضربات القلب وضغط الدم وقشعريرة الجلد. وتشير الدراسات في هذا المجال إلى اختلاف مستوى الاستثارة باختلاف الوقت على مدى اليوم. فيكون منخفضا في الصباح الباكر وفي آخر الليل. ويرتفع إذا كانت هناك عوامل دافعية قوية تقف خلف هذا التنشيط. ويكون مرتفعا أيضا في المواقف الاختيارية التي تمثل أهمية خاصة بالنسبة للفرد. كما تؤدي الاستثارة الزائدة إلى حدوث القلق وضعف التركيز وسوء التنظيم. كما الاسترخاء يكون مصحوبا بحالة منخفضة من الاستثارة.

4: 1: 3 تشخيص اضطرابات الانتباه عند الأطفال:

قامت الجمعية الأمريكية للصحة النفسية عام 1987 بإصدار دليل التشخيص الإحصائي لأعراض مختلف الاضطرابات التي يعاني منها الأطفال. أطلقت عليه اضطرابات عجز أو قصور الانتباه مع فرط النشاط (ADHD). ويتضمن عرضا لاضطرابات عجز أو قصور الانتباه مع فرط النشاط:

أ - يجب أن تكون ثمان من هذه الأعراض قائمة ومستمرة لمدة ستة أشهر أو أكثر:

يجد صعوبة في أن يظل جالسا:

- غالبا ما يعبر عن تململه أو عصبيته من خلال يديه أو قدميه أو يتلوى في مقعده
- يجد صعوبة في ان يلعب بهدوء
- يتحدث كثيرا وبصورة مفرطة
- غالبا يتحول من نشاط إلى آخر قبل اكتمال أي منها
- لديه صعوبة في أن يظل محتفظا بانتباهه خلال الأداء على المهام أو أنشطة اللعب
- لديه صعوبة في متابعة الدروس أو التعليمات التي تصدر عن الآخرين (ليس اعتراضا أو فشر في الفهم)
- يسهل تشتيته من خلال اية مثيرات خارجية
- غالبا يقاطع أو يتطفل أو يقتحم الآخرين
- غالبا يجيب على الأسئلة باندفاع وبلا تفكير وحتى قبل اكتمالها
- لديه صعوبة في انتظار دوره في الألعاب أو المواقف الجماعية
- غالبا ما ينشغل أو يقحم نفسه بدنيا في أنشطة خطرة دون اعتبار لنتائجها أو ما يترتب عليها. كأن يغير النشاط مندفعا دون النظر حوله أو يقفز من أماكن مرتفعة دون اعتبار للنتائج
- غالبا يفقد الأشياء الضرورية لأداء المهام أو الأنشطة في المدرسة او في البيت

غالبا يبدو غير منصت لما يقال له أولها

ب - البداية قبل سن السابعة

ج - لا يحقق المستوى المطلوب على محك الاضطرابات النمائية

4: 1: 4 متطلبات الانتباه الضرورية للتعلم:

يعتبر الانتباه أحد المهمات الرئيسية لجميع المهارات التعليمية. وحتى يتعلم الطفل، فانه يجب التركيز على المتطلبات الملائمة للمهمة التعليمية المقدمة اليه. من قبل المعلم المتمثلة في الجوانب الرئيسية التالية:

أ - اختيار المثير:

إن أحد العناصر الرئيسية للتعلم يكمن في التركيز على المثيرات ذات العلاقة واسنبعاد المثيرات التي ليست لها علاقة بموضوع التعلم. وغالبا ما يركز الأطفال على المثيرات غير ذات العلاقة بموقف التعلم. ذلك أن أداء أية مهارة من قبل التلميذ يتطلب ثلاثة أنواع من الاختبارات هي:

- **الاختيار الحسي ضمن الحاسة الواحدة:** يتطلب الاختيار الحسي ضمن الحاسة الواحدة استبعاد المثيرات غير ذات العلاقة والتركيز على المثيرات ذات العلاقة منها. كأن يركز التلميذ في سمعه على ما يقوله المدرس دون إعارة للانتباه بحركة التلاميذ داخل حجرة الصف، أو حركة الكراسي، أو حديث التلاميذ فيما بينهم...إلى غير ذلك من المثيرات التي لا ترتبط بما يقوله المدرس. وكذلك ان يركز التلميذ في بصره على ما يقوم بقراءته عن السبورة ويهمل أية حركات أخرى داخل غرفة الصف.
- **الاختيار الحسي ضمن الحواس المختلفة:** يتطلب هذا الاختيار أن يقوم التلميذ باستقبال المعلومات ضمن قناتين أو أكثر من حواسه في نفس الوقت. كأن يقوم التلميذ بالاستماع إلى ما يقوله المعلم وهو يوضح كيفية تطوير مخطط لتقرير علمي معين (مثير سمعي) وأن يهمل في الوقت نفسه النظر إلى زملائه التلاميذ عند قيامهم بحركات مشتتة (مثير بصري).
- **الاختيار الحسي ضمن الحواس المختلفة والاختيار الحسي المتعدد:** يتطلب هذا الاختيار أن يقوم التلميذ بتركيز انتباهه إلى اثنتين أو أكثر من المثيرات التي يتم استقبالها من خلال قنوات حسية مختلفة في نفس الوقت. وهذا الإجراء يسمى مهارة التكامل الحسي المتعدد كأن يستمع التلميذ إلى ما يقوم به المدرس من تفسير إجراءات طرح الإعداد المكونة من رقمين على السبورة ويراقب عن كثيب تلك الإجراءات.

ب - مدة استمرار سلوك الانتباه المطلوبة:

يشير براين وبراين (Bryan & Bryan, 1986) الى ان مدة الانتباه الضرورية كي يتقن التلميذ مهارة ما تعتمد على ثلاثة عوامل رئيسية تتمثل في كل من: صعوبة المهمة، وحالة الطفل نفسه، وقدرة المعلم على تعديل وتطوير عملية التعليم بما يتناسب مع مستوى واهتمامات التلميذ.

وتشير الدراسات في هذا المجال، ان الأفراد من مختلف المستويات العمرية يميلون إلى تحويل انتباههم عن مهمة تعليمية يواجهونها وتتميز بصعوبة كبيرة. لاحظ كيف يحول التلميذ انتباهه عن مادة قرائية صعبة حين تكون هذه المادة ليست ضمن مجال اهتماماته. وكذلك، تميل الحالة الجسمية للتلميذ خلال فترة التعلم الى التأثير في القدرة على التركيز على المهمة التعليمية وفي استمرار الانتباه في الفترة المطلوبة لعملية التعلم. وعلى المدرس في هذه الحالة ان يعدل من أساليب التعليم التي يستخدمها بما يتناسب ومستوى التلميذ ومعدل تعلمه. فإذا لم يستجب التلميذ لتعديل المدرس في أساليب تدريسه. فان ذلك يعتبر مؤشرا بأن المادة التعليمية أو الإجراءات المستخدمة لم تتم برمجتها بشكل كاف من اجل مساعدة التلميذ في إعطاء استجابات صحيحة. لعملية التعلم.

ج - نقل الانتباه من مهمة إلى أخرى:

من المهمات الرئيسية لعملية التعلم هو أن ينقل التلميذ انتباهه من مهمة إلى أخرى عند الحاجة إلى ذلك. كأن ينقل التلميذ بصره من مكان إلى آخر بحسب متطلبات المهمة التعليمية. كأن ينقل التلميذ بصره في القراءة من فقرة إلى فقرة أخرى ومن صفحة إلى أخرى. ومن مفهوم إلى مفهوم آخر وهكذا. وفي صعوبات التعلم، غالبا ما يعاني التلاميذ صعوبة في الانتقال من مثير إلى مثير آخر حيث يكون الانتباه البصري والحركي ضروريان للانتقال من حرف إلى آخر ومن كلمة الى أخرى.

د - الانتباه لتسلسل المهارات المعروضة:

يعاني التلاميذ ذوو صعوبات التعلم من متابعة المهارات المعروضة عليهم بشكل متسلسل. فقد يركز التلاميذ انتباههم على المثير المقدم أولا، ويفشلون في متابعة المثيرات اللاحقة. وربما يستوعبون الجزء الأول من التعليمات ويفشلون في سماع الجزء المتبقي منها. ولا شك في أن متابعة المهارات المعروضة بشكلها المتسلسل يتطلب انتباها وتركيزا عاليا وذاكرة قوية أيضا.

4: 1: 5 ماذا في وسعنا ان نعمل؟

نتيجة لارتفاع نسبة اضطرابات الانتباه وفرط النشاط بين الأطفال. وتأثير هذه الاضطرابات على معظم العمليات المعرفية المستخدمة في كافة الأنشطة الأكاديمية والمعرفية. فقد صاغ الباحثون عددا من الوسائل التي يمكن من خلالها تطوير انتباه الأطفال بشكل إيجابي والتي ترتكز أساسا على عملية التدخل العلاجي في ثلاث جوانب رئيسية هي:

أ - التدخل العلاجي الطبي Stimulant Medication:

يشكل التدخل العلاجي الطبي أكثر أنماط العلاج شيوعا واستخداما مع الاطفال الذين يعانون من اضطرابات الانتباه وفرط النشاط. والذي يقوم على زيادة معدل النشاط

عن طريق التأثير على معدل ضربات القلب. وضغط الدم، وحساسية الجلد. وكذلك، التأثير على إنتاج الناقلات العصبية لمواد أو أنزيمات Dopamine and norepinephrine في الجهاز العصبي المركزي. ويستخدم الأطباء عادة عددا من العقاقير الطبية مثل: Ritalin وهو الاسم التجاري لعقار Generic drug methylphenidate وعقار Dexedrine and Benzedrine nonampetamine والتي حققت نجاحا بارزا في خفض او تخفيف اضطرابات الانتباه عند الأطفال. (الزيات، 1998)

ب - التدخل العلاجي بالتغذية Dietary intervention:

دلت نتائج الدراسات التي أجريت على الأطفال الذين لديهم نوع من الحساسية الغذائية على تأثير التغذية على اضطرابات الانتباه. وفرط النشاط. وجود علاقة إيجابية دالة أما الدراسات التي اعتمدت على عينات غير مختارة فكانت نتائجها غير متسقة. من حيث تأثير التغذية على اضطرابات الانتباه وفرط النشاط. على نحو إيجابي. وفي ضوء هذه الدراسات وغيرها فانه يمكن القول بأن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات الانتباه وفرط النشاط الذين يستجيبون للتدخل العلاجي هم أولئك الأطفال الذي لديهم حساسية لأنواع معينة من التغذية. أما الأطفال الذين تم اختيارهم بطرق عشوائية لم تتأثر تأثرا دالا إحصائيا. كما ان العمر الزمني الذي عنده يحدث التدخل العلاجي بالتغذية يعد من العوامل المهمة في التدخل العلاجي. وكلما كان التدخل مبكرا كلما كانت النتائج أكثر إيجابية.

ج - تعديل السلوك Behavior modification:

تعديل السلوك مدخل علاجي يقوم على استخدام مبدأ الثواب والعقاب عند أداء الطفل لأنماط سلوكية معينة. فتثاب الأنماط السلوكية المرغوبة أو تعزز وتعاقب الأنماط السلوكية غير المرغوبة. وقد دلت نتائج التجارب والبحوث التي أجريت حول برامج تعديل السلوك إلى الآتي:

- ان تعديل السلوك يمكن ان يحقق بعض النجاح بالنسبة لأنماط السلوك التي تحدث في كل من المدرسة والبيت من خلال خفض معدل حدوثها او تكرارها.
- إن تعديل السلوك لا يمكن أن يحول الطفل الذي يعاني من اضطرابات الانتباه وفرط النشاط إلى طفل عادي.
- إن الاستجابة لبرامج او معدل تعديل السلوك تقتصر على بعض الأطفال. وان معظم الأطفال لا يستجيبون على نحو موجب لبرامج او مدخل تعديل السلوك.

4: 2 اضطراب عمليات الإدراك الحسي :

الإدراك الحسي عبارة عن تنظيم الاحساسات وإضفاء معنى عليها (نجاتي، 1984). وبالرغم من الإشارات الحسية الصادرة عن الأشياء واحدة في أساسها . إلا أن

الطريقة التي تدركها بها تختلف من شخص لآخر لاختلاف الظروف التي حدثت فيها هذه الخبرات الحسية المتشابهة .

والإدراك الحسي له أهميته الكبيرة في توجيه السلوك الإنساني خاصة فيما يتعلق بعمليات التكيف وعمليات حل المشكلات وعمليات التنشيط والاستثارة التي تحدث في الجهاز العصبي المركزي . وتتيح دراسة الإدراك الحسي للفرد في تفسير الأسباب الموضوعية الخارجية . وكذلك الأسباب الذاتية أو الشخصية لظاهرة الخداع الحسي . ويمكن أن يتخذ الإدراك وسيلة ذات قيمة لدراسة سمات الشخصية . ودراسة حاجات الفرد وميوله وما لديه من قيم واتجاهات . ولهذا ، يؤدي الإدراك الحسي دورا حيويا في عمليات حل المشكلات لأن وظيفة الإدراك تمثل المدخل الأساسي والإطار الثابت الذي يؤدي إلى حل المشكلة أو يؤخر حلها .

وتعبر صعوبات التعلم الناشئة عن اضطراب عمليات الإدراك عن نفسها من خلال ثلاثة مظاهر أساسية هي: الفشل المدرسي أو انخفاض او ضعف التحصيل الأكاديمي. والصعوبات المهارية والحركية او صعوبات التآزر أو الأداء الحركي. والفشل في تكامل النظم الادراكية والادراكية الحركية. وفي ظل هذه المظاهر الثلاثة، فانه يمكن تصنيف صعوبات التعلم الناشئة عن الاضطرابات الادراكية إلى: صعوبات ينعكس أثرها على الأداء العقلي المعرفي، وصعوبات ينعكس أثرها على الأداء الحركي المهاري، وصعوبات ينعكس أثرها على الاداءات العقلية المعرفية والحركية المهارية المركبة

وتشير الدراسات التي أجريت على عملية الإدراك الحسي للفرد. أن جهازنا العصبي المركزي يلعب دورا بارزا ورئيسا في إحداث ظاهرة ثبات الإدراك الحسي لدينا . أيا كانت ادراكاتنا الحسية المتمثلة في إدراك المسافات، أو الأحجام، أو الحركة، أو العمق، أو حتى الأطوال والأزمنة. وأننا نميل إلى إدراك الأشياء من حولنا وكأنها ثابتة في الحجم والشكل واللون برغم تغيرها الدائم تبعا لتغير بعدها عن شبكة العين wade & Tavris,) (Peterson, 2001) (Kagan & Segal, 1998) (2006). خذ مثلا ثبات الشكل من خلال الصور الادراكية المختلفة كما تلاحظ في الأشكال المدرجة أدناه:

4: 2: 1 دور الوسيط الشكلي في اضطراب عملية الإدراك:

يقوم دور الوسيط الشكلي الادراكي في اضطرابات عملية الإدراك على التسليم لاختلاف أساليب التعلم عند الفرد. وهذا ما نلاحظه لدى الأطفال فنحن نرى ان بعضا من الأطفال يكون تعلمهم أفضل واكثر فاعلية اعتمادا على حاسة السمع (أو الوسيط السمعي Auditory) والبعض الآخر يكون تعلمهم افضل واكثر فاعلية اعتمادا على حاسة البصر

(أو الوسيط البصري Visual) وفريق ثالث يكتفي في تعلمه بمجرد قراءته أو تكرار قراءته وفريق رابع يحتاج إلى إعادة كتابة ما يريد تعلمه. وهكذا. وحتى يتم أعمال دور الوسيط الادراكي في عملية التعليم. فانه يتعين على المعلمين تحديد قدرات الطفل التي تقف خلف تفضيله لوسيط إدراكي معين. مع تحديد نواحي القوة والضعف في التعلم من خلال: الوسيط البصري، أو السمعي، أو اللمسي، وذلك باستخدام ثلاثة بدائل هي:

- تقوية أو زيادة فاعلية كل من الوسيط وأسلوب التعلم الذي يبدي الطفل ضعفا خلاله.
- تكييف عمليات التدريس وأساليبه. وفقا للوسيط أو الأسلوب المفضل عند الطفل
- التوليف او الجمع بين (1و2) بمعنى تكييف عمليات التدريس وأساليبه وفقا لما يفضله الطفل من ناحية، وتقوية او تدعيم الوسيط الادراكي أو أسلوب التعلم الذي يبدي الطفل ضعفا خلاله من ناحية أخرى.

4: 2: 2 بطء النظم الادراكية لذوي صعوبات التعلم:

أوضحت الدراسات التي أجريت على اضطرابات الإدراك لدى الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم الى حدوث تداخل او تشويش Interferes لدى هؤلاء الأطفال عند استقبالهم المعلومات او المثيرات عن طريق أحد الأنظمة او الوسائط مع المعلومات او المثيرات التي يستقبلونها خلال وسيط آخر. مما يعكس ذلك انخفاضا ملموسا في قدراتهم على تحمل هذا التداخل او التشويش. وبالتالي، فانه يصعب على الأطفال استقبال المعلومات أو المثيرات عبر وسائط او نظم ادراكية مختلفة في نفس الوقت. كما يصعب عليهم إحداث تكامل بين مدخلات هذه الوسائط أو النظم. فيصبح النظام الادراكي لديهم مثقلا. وعاجزا عن القيام بعمليات التجهيز والمعالجة بالفاعلية او الكفاءة الملائمة.

4: 2: 3 صعوبات الإدراك التمييزية:

يقصد بالتمييز تلك الإجراءات التي يقوم بها الفرد من اجل التعرف على جوانب الشبه والاختلاف للمثيرات ذات العلاقة. كالحروف والكلمات أو الأشياء المتسلسلة. وعلى الأطفال ان يتعرفوا على الاختلافات التي يسمعونها أو يتذوقونها أو يلمسونها أو يشاهدونها أو يشعرون بها. والأطفال الذين يتمتعون بقدرة عالية في الإدراك هم الأطفال الذين يستطيعون التمييز بين تلك الظواهر والأشياء.

هذا وقد صنف علماء النفس صعوبات التمييز على النحو التالي:

أ - صعوبات الإدراك البصري:

يقصد بالإدراك البصري بأنه عملية تأويل وتفسير المثيرات البصرية واعطائه المعنى والدلالات وتحويل المثير البصري من صورته الخام إلى جشطالت الإدراك الذي يختلف في معناه ومحتواه عن العناصر الداخلة فيه.

أما صعوبة التمييز البصري فتشير إلى عدم قدرة الطفل على تمييز الفرق بين مثيرين بصريين أو اكثر، وقد يكون غير قادر أيضا على تمييز الخصائص المتعلقة بالحجم والشكل والمسافة والإدراك العميق. وغير ذلك من الظواهر والأحداث والأشياء التي تشكل للطفل صعوبة في التعلم خاصة ما يرتبط منها في معرفة واستخدام الحروف والكلمات والأعداد في القراءة والكتابة والحساب.

وتشير الدراسات التي أجريت على الإدراك البصري لدى الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم إلى ان هؤلاء الأطفال يعانون من واحدة أو أكثر من الصعوبات التالية:

(1) صعوبات التمييز البصري للأشكال والحروف/ الكلمات والمقاطع والإعداد:

ونعني به القدرة على التمييز بين الأشكال وإدراك اوجه الشبه والاختلاف بينها. من حيث اللون والشكل والحجم والنمط والوضع والوضوح والعمق والكثافة... الخ. وترتبط هذه القدرة بسرعة إدراك التفاصيل الدقيقة. وتقاس باختبارات إدراك الشكل المختلف من بين مجموعة من الأشكال المتماثلة كأن يطلب من الطفل ان يستخرج حرف (ل) من بين مجموعة من حروف (ض، ز، و، ج، ...الخ)

(2) صعوبات التمييز بين الشكل والأرضية أو الشكل والخلفية Figure - Ground Discrimination:

وتشير إلى القدرة على فصل او تمييز الشيء أو الشكل من الأرضية أو الخلفية المحيطة به. والأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم لا يستطيعون التركيز على فقرة السؤال أو الشكل أو الشيء مستقلا عن الخلفية البصرية المحيطة به. وترتبط هذه الصعوبات عادة بالانتقائية في الانتباه وسرعة الإدراك. حيث أشار ويبمان (Best, 1999) إلى أن الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم يصعب عليهم التمييز بين المثير الهدف (الشكل) والمثيرات المنافسة (الأرضية).

(3) صعوبات في الإغلاق البصري Visual Closure: ونعني به القدرة على التعرف على الصبغة الكلية لشيء ما من خلال صيغة جزئية له. أو معرفة الكل حين يفقد جزء أو أكثر من هذا الكل.

(4) صعوبات في إدراك العلاقات المكانية Spatial relations:

يشير هذا البند إلى الصعوبات المرتبطة بادراك وضع الأشياء او المدركات في الفراغ حيث يتعين على الطفل التعرف على إمكانية تسكين شيء ما أو رمز أو شكل

(حروف، كلمات، أعداد، صور، أشكال) في علاقة مكانية لهذا الشيء مع الأشياء الأخرى المحيطة.

(5) صعوبات التعرف على الأشياء والحروف Object and Letter Recognition:

ونعني بهذه الصعوبة ضعف القدرة على التعرف على طبيعة الأشياء عند رؤيتها أو تخيلها. وتشمل هذه الصعوبة التعرف على الحروف الهجائية والأعداد، والكلمات، والأشكال الهندسية (مربع، مثلث، دائرة) والأشياء (كرسي، مزهرية، أباجورة) حيث ان التعرف على الأشياء والحروف والكلمات والأشكال يمكن ان تنبئ بشكل جيد عن مستويات التحصيل القرائي للطفل (Richek, et al, 2006).

(6) صعوبات في إدراك معكوس الشكل والرمز Visual Perception and Reversals:

أوضحت الدراسات في هذا المجال الى ان بعض الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم يفشلون في التمييز بين الأشكال أو الرموز ومعكوسها وترتيب حروفها مثل: 2و6، 7و8، عمل - علم، حلم - حمل ... وهكذا. ويفشل هؤلاء الأطفال في عمل التحسينات أو التعديلات الضرورية للتعميمات الادراكية التي تم تعلمها أو اكتسابها مبكرا.

(7) صعوبات إدراك الكل والجزء:

فالجمع بين إدراك الكل وإدراك الجزء يعد مطلبا أساسيا للتعلم الفعال. وهي صعوبات هامة بالنسبة لعملية التعلم. فالأطفال الذين يدركون الكل هم أولئك الذين يرون او يدركون الشي في صيغته الكلية أو التامة. أما الأطفال الذين يدركون الجزء فهم أولئك الذين يميلون إلى التركيز على التفاصيل الدقيقة او الأجزاء ويفتقرون إلى إدراك الكليات. وتشير الدراسات التي أجريت على هذه الخاصية أن الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم يعانون من اضطرابات الإدراك أو الوظائف الادراكية وهؤلاء يجدون صعوبات ملموسة في القراءة والكتابة وإدراك الرسوم والرموز والحروف.

ب - صعوبات الإدراك السمعي:

يمكن تعريف الإدراك السمعي بأنه القدرة على التعرف على ما يسمع وتفسيره، ويعد الإدراك السمعي وسيطا ادراكيا هاما للتعلم. أما صعوبة التمييز السمعي فتشير عدم قدرة الطفل على استكشاف أو معرفة أوجه الشبه والاختلاف أو الاتفاق بين درجة الصوت وارتفاعه واتساقه ومعدله ومدته. والأطفال الذين يعانون من مشكلات في

التمييز السمعي غالبا ما تكون لديهم صعوبة في تعلم القراءة والتهجئة بالطرق الصوتية. وتشمل مهارات الإدراك السمعي على البنود الرئيسية التالية:

(1) إدراك النطق Phonological awareness:

يشير إدراك النطق إلى قدرة ضرورية لتعلم القراءة الصحيحة عن طريق معرفة أو إدراك ان الكلمات التي نسمعها لتكون او تشكل من خلال الأصوات التي تصدر عن الفرد عند قراءته لها. والأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم يفتقرون الى النطق الصحيح للكلمات عند قراءتهم لها يفقدون معناها. ومن ثم يصعب عليهم فهمها. فتتضاءل حصيلتهم اللغوية والمعرفية وينحصر لديهم الفهم القرائي والقدرة على القراءة. وقد بينت الدراسات إلى إمكانية اكتساب الأطفال لهذه المهارات من خلال أساليب واستراتيجيات تعليمية معينة. التي تحدث تأثيرات إيجابية في التحصيل القرائي للأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم.

(2) التمييز السمعي Auditory discrimination:

يمكن تعريف التمييز السمعي بأنه القدرة على التمييز بين الأصوات أو الحروف المنطوقة. وتحديد الكلمات المتماثلة والكلمات المختلفة. ويمكن فحص الأطفال عن طريق تقديم بعض الكلمات المتماثلة في النطق والمختلفة في المعنى وكذلك الكلمات المتماثلة في المعنى والمختلفة في النطق مع استبعاد أية معينات أو تلميحات بصرية كمتابعة أو مشاهدة نطق الفاحص لها. ويطلب إلى الأطفال التمييز بين هذه الكلمات. مثل: (قلب، كلب) و(كلم، قلم) و(سورة، صورة) وهكذا.. لاحظ ان ان التمييز السمعي ضروري جدا لتعلم البناء او التركيب الصوتي للغة الشفهية المنطوقة. ويترتب على صعوبة التمييز بين الحروف والكلمات والمقاطع المتشابهة في النطق والمختلفة في المعنى صعوبة فهم اللغة المنطوقة مما يؤدي بالضرورة إلى صعوبات في القراءة والتعبير والفهم القرائي والحوار او المحادثة الشفهية.

(3) الذاكرة السمعية Auditory memory:

تشير القدرة السمعية الى القدرة على تخزين واسترجاع ما نسمعه من مثيرات او معلومات. وتقاس الذاكرة السمعية من خلال ان يطلب من الطفل القيام بعدة أنشطة متتابعة. او في نفس الوقت، أو تكليفه بمجموعة من التعليمات المتتالية. أو إعطائه عددا من الحقائق المتباينة. كأن يطلب من الطفل ان يغلق الباب ويفتح النافذة. ويضع كتاب علم النفس ويحضر كتاب التعلم... وهكذا. والأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم يجدون صعوبة في تخزين واسترجاع ما يسمعونه من مثيرات او معلومات. ويفقدون المتابعة الشفهية للحوار او المحادثة في اللغة المنطوقة. ويفتقرون أيضا إلى الفهم القرائي

واتباع التعليمات الشفهية. ويعكسون الكثير من المظاهر السلوكية لبطء الإدراك. ولهذا، فهم يحتاجون إلى تكرار الشرح الشفهي للدروس، أو خفض معدل تدفق او عرض المعلومات الشفهية.

(4) الترتيب أو التسلسل أو التعاقب السمعي Auditory sequencing:

يشير التعاقب أو التسلسل السمعي إلى القدرة على تذكر ترتيب او تعاقب أو تسلسل الفقرات في قائمة من الفقرات المتتابعة. كترتيب الحروف الأبجدية و الأعداد او شهور السنة الميلادية أو الهجرية. أو سور القرآن الكريم... وهكذا. والتي يتم تعلمها واكتسابها من خلال التعاقب أو التسلسل السمعي. وقد أوضحت الدراسات التي أجريت على هذه الخاصية ان الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم لا يستطيعون تنظيم وترتيب ما يسمعون. كما انهم يعانون من صعوبات في تتبع المثيرات السمعية والبصرية، والبصرية - المكانية. مما يترتب على ذلك صعوبات في تعلم العمليات الحسابية، والقراءة، والكتابة، والتهجي، وصعوبة في اكتساب المهارات.

(5) المزج أو التوليف السمعي Auditory blending:

يعني مفهوم المزج أو التوليف السمعي الى القدرة على مزج أو توليف صوت ضمن عناصر أو أصوات أخرى من الكلمة الكاملة. والأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم يفتقرون إلى هذه القدرة. ويصعب عليهم عمل إغلاق سمعي لمقاطع الكلمات الناقصة. أو استكمال حروف هذه الكلمات.

ج - صعوبات الإدراك الحركي:

تعد صعوبات الإدراك الحركي من أكثر أنماط الصعوبات تأثيرا على إدراك الطفل لذاته من خلال الأحكام التقويمية التي يصدرها على مهاراته الحركية. ومدى قدرته على إحداث التآزر او التكامل بين محددات توافقه الادراكي الحركي. وتشتمل صعوبات الإدراك على الآتي:

(1) صعوبات التمييز اللمسي:

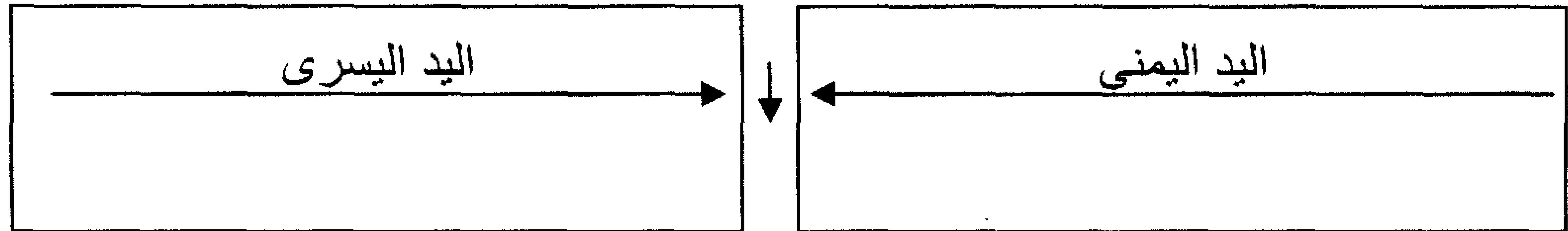
تشير صعوبات التمييز اللمسي إلى عدم قدرة الطفل اكتساب معلومات دقيقة حول بيئته، ويكون غير قادر على أداء مهمات تحتاج إلى حاسة اللمس مثل استخدام الآلات الحادة وأدوات الطعام كالشوكة والملعقة وعدد من المهارات التي تحتاج إلى دقة وتناسق في الأداء كالتزوير والكتابة والتقاط الأشياء الصغيرة. والأطفال الذين يتصفون بضعف الحساسية للألم لا يتعلمون تجنب السلوكيات الضارة مما يجعلهم اكثر عرضة للإصابة بالضرر أكثر من غيرهم من الأطفال.

(2) صعوبة التوافق الادراكي البصري الحركي:

إن الأطفال الذين يعانون من صعوبات في مهاراتهم الحركية لما يشاهدونه يفشلون في تطوير عمليات التوافق والتآزر الادراكي الحركي عندهم. والطفل الذي يعاني من مشكلات في التوافق الادراكي الحركي غير قادر على القيام بأنشطة التآزر ما بين حركة العين مع اليد في التعامل مع الأشياء. وهذا ينطبق بدوره على عملية التآزر الادراكي الحركي بين ثلاثة أشياء أو اكثر كالتآزر الادراكي الحركي بين كل من العين واليد و القدم عند قيادة دراجة أو سيارة مثلا. وقد أشار الباحثون (Vellutino, Denkla 1990) إلى ان هذه الصعوبات تقف خلف العديد من الصعوبات الأكاديمية والمهارية التي يعاني منها الأطفال. خاصة ما يرتبط منها بالقراءة، والكتابة، والحساب.

إن تطور التناسق البصري الحركي قد تحدث لدى الأطفال في ثلاث نقاط أساسية هي:

- قد يفشل الطفل في تطوير وعي أو إدراك داخلي للجانب الأيسر أو الأيمن من الجسم. ويمكنك ملاحظة ذلك حين يحاول الطفل استخدام كل جانب من الجسم بشكل مستقل. فقد يؤدي كل جانب العمل نفسه ولكن بصورة مغايرة. فنجد أحد أجزاء الجانب الواحد يقوم بحركات ناقصة.
- وقد يفشل الطفل في تطوير الوعي بالجهة اليسرى داخل الجسم مما قد يحرمه من فهم الاتجاهات لكل من اليمين واليسار كالتفريق مثلا بين حرفي ب ، ن أو بين حرفي b, d ويطلق على هذه الحالة من العجز بعجز الاتجاه.
- وقد يوجد عند بعض الأطفال خلل في التناسق والتآزر البصري الحركي حين يتوقف تطور الطفل في المرحلة التي تقود فيها اليد العين. وحين يكون التوافق البصري - الحركي مكتملا، فان العينين تستخدمان كوسائل اسقاطية لتحديد المسافة والجهة التي تقع بعيدا عن مجال وصول الطفل اليدوي. حاول مثلا ان تغلق قلمك الحبر باستخدام كلتا يديك اليمنى واليسر كما في الشكل التالي:



التقاء جزئي القلم

شكل رقم: (14: 2)

إن كثيرا من الأعمال التي يقوم بها تشكل في معظمها تناسقا بصريا حركيا، ويمكنك ملاحظة مشكلات التناسق البصري الحركي عند الطفل من خلال: النشاطات التي يستخدم فيها القلم والورقة كالكتابة أو النسخ، والثبات على السطر، وقلب الحروف

والأعداد وتحديد نقطة البداية والوقوف وتغيير الاتجاه. ومسك الأشياء، وقذف الأشياء، والتقطيع، واستخدام الألعاب والأدوات، وتعلم أية مهمة تحتاج إلى تناسق بصري حركي ما بين العين واليد. أو ما بين العين واليد والقدم.

(3) صعوبات التوافق الادراكي السمعي الحركي:

تنشأ صعوبة التوافق الادراكي السمعي الحركي نتيجة لصعوبة متابعة تدفق المثيرات السمعية ذات الإيقاع العادي وتفسير معانيها. والاستجابة الحركية لها على نحو ملائم.مثال ذلك: عدم قدرة الطفل على متابعة التعليمات التي تصدر تباعا وتتطلب القيام بأنشطة حركية كالوثب ثلاث مرات ثم الجري 30 مترا، ثم الدوران والعودة من خلال المشي إلى الخلف. وقد لوحظ ان الأطفال الذين يعانون من صعوبات ادراكية لا يستطيعون متابعة مثل هذه التعليمات وممارسة هذه الأنشطة عند مقارنتهم بزملائهم العاديين. وأوضحت الدراسات (Torgesen & Dice, 1980) في هذه الخاصية أن الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التوافق الادراكي السمعي الحركي يميلون إلى التكرار والإعادة. نتيجة لضعف قدراتهم على متابعة تدفق المثيرات السمعية وادراكها وتفسيرها بالسرعة الملائمة.

(4) صعوبات التوافق الادراكي السمعي البصري الحركي:

أوضحت الدراسات التي أجريت في هذا الجانب إلى ان الأطفال الذين يعانون من صعوبات بصرية يعتمدون بصورة أساسية على الحواس السمعية واللمسية الحركية في إطار ظاهرة النموذج أو النمط الحسي الذي يفضله الطفل خلال تعلمه. وهناك العديد من الأنشطة التي تعتمد على التوافق الادراكي السمعي البصري الحركي. والتي يؤثر أي اضطراب او صعوبة تصيب أي من هذه الأنماط تؤثر بالضرورة على باقي الأنماط الحسية.

(5) صعوبة التوافق بين مختلف النظم الادراكية الكلية:

ان اكثر الصعوبات الادراكية التي يعاني منها الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم تتمثل في ضعف فاعلية التكامل الوظيفي بين مختلف القدرات الحسية الادراكية. فالعجز السمعي يؤدي إلى قصور وظيفي في الإدراك السمعي. والذي يؤدي بدوره إلى صعوبات في تعلم اللغة. والفهم القرائي. والعجز البصري يؤدي إلى قصور وظيفي في الإدراك البصري وهذا يؤدي بدوره الى صعوبات في التوجه المكاني وإدراك الأشكال والأحجام والمسافات والعلاقات المكانية. وبذلك، فانك تلاحظ ان كلا من الإدراك السمعي والإدراك البصري يتكاملان في العديد من أنشطة التوافق الادراكي السمعي البصري الحركي.

(6) صعوبة التوافق الادراكي الحس - حركي:

تشير صعوبات التمييز الحس - حركي إلى الأطفال الذين يعانون من صعوبات في نماذج الحركة الحيوية للجذع والذراع والساقين والأصابع والفك السفلي واللسان ووضع الأطراف. وهذه النماذج تقدم عادة معلومات عن موقع الأشياء في البيئة وعلاقتها مع الجسم نفسه. والأطفال الذين يعانون من صعوبة في تلك النماذج يجدون صعوبة في تقديم جهد عضلي يتعلق بعمليات الدفع والسحب والرفع وخفض الأشياء. ويعتبر التمييز الحس - حركي مهما في تعلم مهارات متقدمة وأكثر تعقيدا مثل الكتابة اليدوية والحركات الإيقاعية، وركوب الدراجات وغير ذلك. من الأنشطة الرياضية.

(7) صعوبة التوافق الإدراكي - الحركي واللمسي الحادثة معا:

يقصد بصعوبات التمييز الإدراك - الحركي واللمسي إلى مدخلات الإدراك الحركي واللمسي التي تحدث في وقت واحد. والتي بدورها تقدم معلومات حول البيئة والحركات الجسمية والعلاقة بينهما أكثر مما يقدمه أحد النظامين لوحده. والأطفال الذين يعانون من صعوبات الإدراك الحركي واللمسي التي تتم في وقت واحد سوف يواجهون صعوبة أكبر في أداء المهمات الحركية الدقيقة مثل الكتابة واستخدام الأدوات وتعلم المهارات التي تحتاج إلى أداء حركي.

(8) صعوبات الإغلاق:

تشير صعوبة الإغلاق إلى عدم قدرة الطفل معرفة الكل حين يفقد جزء أو أكثر من الكل. لاحظ على سبيل المثال عند عرض صورة قطة وكان أحد أجزائها مفقودا فان الأطفال الذين يعانون من صعوبة في الإغلاق سوف لن يكونوا قادرين على معرفة ذلك الحيوان. ويسمى في هذا المثال صعوبة في الإغلاق البصري. وكذلك الأطفال الذين يعانون من صعوبة في الإغلاق السمعي سوف يكون غير قادر على معرفة الكلمة المنطوقة إذا سمع جزءا منها فقط كأن نقول مثلا "ها" أو "تلفو" والطفل الذي يستمع لشخص يتحدث بلغة أجنبية عليه ان يكون قادرا على الإغلاق حتى يفهم ما يقوله ذلك الشخص.

د - الصعوبات المتصلة بسرعة الإدراك:

نعني بالصعوبات المتعلقة بسرعة الإدراك المدة الزمنية المطلوبة للاستجابة للمثير. فقد يعاني الأطفال من صعوبات في سرعة الإدراك من الاستجابة السريعة للمثيرات السمعية أو البصرية. لاحظ ان بعض الأطفال يحتاج إلى النظر للأشياء فترة زمنية طويلة. وكذلك عند قراءتهم للكلمات المطبوعة والأرقام والأشكال والصور.

وبعض الأطفال أيضا قد يحتاج إلى فترة زمنية أطول للاستجابة للتوجيهات أو التعليمات التي يقدمها الآخرون لهم. ولذلك، فان الأطفال الذين يعانون من صعوبات في سرعة الإدراك يحتاجون إلى فترة زمنية أطول من اجل تحليل المعلومات السمعية والبصرية المقدمة إليهم. أو في تنفيذ الاستجابات المطلوبة منهم مما يحدث بطأ في تعلم القراءة والكتابة أو الحساب لديهم.

4: 2: 4 النمذجة الادراكية:

نعني بالنمذجة الادراكية المفضلة الأسلوب البصري والسمعي والحركي اللمسي الذي يستخدمه الطفل بفاعلية كبيرة. فكثير من الأطفال يعانون من صعوبة في التعرف على رفاقهم داخل حجرة الدراسة بالرغم من أن حاسة الأبصار لديهم عادية تماما. وفي مثل هذه الحالة فان هؤلاء الأطفال يركزون في تعرفهم على الحاسة السمعية دون البصرية في تعرفهم على رفاقهم في الصف. مما يعني ان لهؤلاء الأطفال صعوبة في النمذجة.

وتشير الدراسات التي أجريت على تحديد النموذج المفضل عند الأطفال. دون إمكانية تحديد للنموذج المفضل ما عدا الأطفال الذين يعانون من صعوبات شديدة في أنماط الإدراك المختلفة. فالطفل الكفيف مثلا يكون قادرا على التعلم من خلال استخدامه لنمط الإدراك السمعي، والحركي اللمسي. والطفل الأصم يتعلم من خلال استخدامه لنمط الإدراك البصري الحركي. ومع ذلك فمثل هؤلاء الأطفال يعانون من صعوبات شديدة في التعلم.

4: 2: 5 معالجة صعوبات الإدراك التمييزية:

طور أخصائيو العلاج الطبيعي والعلاج بالترفيه، والأخصائيون المهنيون طرقا عديدة من اجل معالجة صعوبات الإدراك الحركي تعتمد على عجز الطفل وعلى نوع ودرجة الإصابة في الإدراك التي يتم التحقق من وجودها عن طريق اختبارات التشخيص الخاصة بذلك. وتقديم الأنشطة المناسبة لتخفيف اضطرابات الإدراك. ومن هذه الأنشطة ما يلي:

أ ـ أنشطة تدعيم النمو الادراكي:

هناك العديد من الأنشطة العلاجية التي يمكن استخدامها في علاج اضطرابات عمليات الإدراك على نمط ونوع ودرجة الاضطراب التي يتم التحقق من وجودها من خلال الأدوات أو الاختبارات الملائمة من ناحية وعلى تفسيرها في علاقتها بسلوك الطفل القابل للقياس والملاحظة. وتشتمل هذه الأنشطة على

- **أنشطة تدعيم الإدراك السمعي:** ومن أنشطة تدعيم الإدراك السمعي. التأكيد على أصوات الكلام أو الحروف مثل استخدام الأغاني الشعرية للأطفال، واستخدام

الكلمات المسجوعة، وحذف بعض الأصوات، ومزج الأصوات. والانتباه السمعي Auditory attending ، استماع الحروف، وأصوات يقوم بها المعلم، أو أصوات الأطعمة المختلفة، وأصوات الصب والمزج والرج: والتمييز السمعي Auditory discrimination: ومن أنشطتها: قريب/ بعيد، غليظ/ حاد، عالي/ منخفض، وتحديد ما هو الصوت، تتبع الصوت. والذاكرة السمعية Auditory memory ، ومن أنشطتها: نشاط اعمل هذا. قوائم الأعداد والكلمات، الأغاني الشعرية، سلاسل الأعداد، برامج التلفاز، ترديد أو تكرار الجمل، ترتيب الأحداث

- **أنشطة تدعيم الإدراك البصري:** يمكن أن تشتمل أنشطة تدعيم الإدراك البصري على: نقل او نسخ التصميمات التي يعدها المعلم. تصميم المكعبات. البحث عن الأشكال في الصور. استخدام نماذج الاختبارات. أنشطة التصنيف. مزاوجة الأشكال الهندسية. الإدراك البصري للكلمات. الإدراك والتمييز البصري للحروف.

- **أنشطة تدعيم الذاكرة البصرية:** وتشتمل على: تحديد الأشياء المفقودة. إيجاد التصميم الصحيح. الاسترجاع من الذاكرة وفقا لترتيب معين. استرجاع الأشياء المرئية. اشتقاق القصص من الصور.استرجاع الفقرة او العنصر المحذوف او الناقص. تكرار أو ترديد الأنماط.

- **أنشطة تدعيم تكامل النظم الادراكية:** وتشتمل على: بصري إلى سمعي. سمعي إلى بصري. سمعي إلى حركي بصري. سمعي - لفظي إلى حركي.لمسي إلى بصري/ حركي. بصري إلى سمعي / حركي. سمعي / لفظي إلى حركي.

- **أنشطة تدعيم النمو الحركي:** وتشتمل على: أنشطة المشي: أمام - خلف - جانبي. متنوعات. مشي الحيوانات. المشي التبادلي السريع. الوثب الطولي. المشي على الخطوط الملونة. مشي السلم. و**أنشطة الركل أو الرمي والمسك:** مثل: الرمي. والمسك. والعاب الكرة. والعاب الأنابيب او المواسير المطاطية. والعاب الألواح المثبتة على محور مستدير. وحمل الماء في أوعية مسطحة. **والأنشطة الحركية الدقيقة:** بحيث تتضمن: أنشطة تآزر العين واليد:. التحكم المائي.القطع باستخدام أمواس أو أدوات حادة. استخدام أنشطة الورقة والقلم. نسخ التصميمات.

4: 3 اضطراب عمليات التفكير:

4: 3: 1 معنى التفكير وطبيعته

لقد اصبح التفكير ذا أهمية كبيرة في حياة الإنسان خاصة و انه يتم باستخدام الرمز, واصبح من أهم الوسائل التي يستعين بها في عمليات التوافق و التكيف في حياته

اليومية . وبالتفكير يتحرر الإنسان من قيود الزمان و المكان، ويستطيع ان يعالج بطريقة رمزية جميع الأشياء البعيدة و الغائبة و الأشياء و الأحداث التي حدثت في الماضي. ويتنبأ بالأشياء والأحداث التي تقع في المستقبل . وما دام التفكير يحقق ذلك كله ! **فما هو تعريفك للتفكير؟ .**

ذهب الباحثون في تعريف التفكير مذاهب شتى فبعضهم يرى في **التفكير** تصور عقلي داخلي للأحداث و الأشياء. وفريق آخر اشار الى **التفكير باعتباره** وسيلة عقلية يستطيع الإنسان آن يتعامل بها مع الأشياء و الوقائع والأحداث من خلال العمليات المعرفية التي تتمثل في استخدام الرموز والمفاهيم والكلمات . وفريق ثالث يرى ان **التفكير** هو ما يحدث في خبرة الإنسان حين يواجه مشكلة او يتعرف عليها آو يسعى لحلها. ويرى فريق رابع بأن **التفكير :** عملية تجميع للأدلة بشكل ملائم بحيث يتم ملء الفجوات او الثغرات التي توجد فيه . و يتم هذا بالسير في خطوات مترابطة يمكن التعبير عنها في حينها أو يتم التعبير عنها فيما بعد .

ويرد مفهوم اضطراب التفكير في ادبيات الطب النفسي مقترنا بالاضطرابات العقلية ويشير اليه كثيرون باعتباره عرضا من اعراض الفصام يتصف بفقدان الترابط بين الافكار وفقر محتواها من حيث المعنى. واستعمال لغة جديدة. بينما يرى آخرون بأنه تشويش في قابلية الفرد على اتخاذ حكم وعلى سرعة التفكير او ترجيح فكرة على أخرى. او هو عدم الترابط والاتساق بين الافكار بحيث لا يستطيع الفرد الاستمرار في موضوع واحد لمدة طويلة. وعدم قدرته على اكمال ما بدأ به من حديث. وصعوبة في ايجاد المعنى بسهولة والمزج بين الواقع والخيال.

4: 3: 2 العمليات العقلية في التفكير:

يمثل التفكير الإنساني عملية عقلية معقدة تتألف من مجموعة من العمليات العقلية التي يتم بها نشاط التفكير وهي:

أولا: المقارنة :

فإذا أردت أن تفهم سبب إخفاق بعض لاعبي الكرة في تحقيق مستويات عالية من اللعب ، فمن الضروري أن تركز تفكيرك على: طريقة تدريبهم، والظروف التي تحيط باللعب. وهذا يرتبط دائما بالتعرف على العناصر المختلفة الداخلة في وجود الظاهرة وبتحديد المشكلات ، وبالتالي ، تحديد ما يعنينا من موضوعات ومهام. وبمقارنتك للظواهر بعضها ببعض، فانك تلاحظ أوجه الشبه والاختلاف بينها في علاقات معينة .تطابقها أو تناقضها. وبتلك المقارنات تصبح معرفتنا بالظاهرة أكثر دقة. وتمكننا من تمييز خصائصها بدقة أكبر.

ثانيا: التصنيف :

وهو تلك العملية التي يتم بها تجميع أشياء أو ظواهر معينة على أساس ما يميزها من معالم عامة مشتركة. وتؤدي عملية انساب إرجاع الشيء أو الظاهرة إلى فئة معينة إلى تأكيد معرفتنا بالأشياء أو الظواهر المستقلة .

ثالثا: التنظيم :

وهو العملية التي يتم بها ترتيب أو تنسيق فئات الأشياء أو الظواهر في نظام معين وفقا لما يوجد بين هذه الفئات من علاقات متبادلة. وهذا يمكننا من فهم العلاقات المتبادلة بين الظواهر والأشياء بصورة أعمق .

رابعا: التجريد:

وحتى تتحقق عملية التفكير ، فمن الضروري ليس فحسب تمييز الخصائص المستقلة للأشياء. وانما أيضا التفكير فيها بطريقة متجردة عن الأشياء ذاتها وتقوم هذه العملية العقلية على تجريد خاصية واحدة للشيء من خصائصها الأخرى .

خامسا: التعميم :

يرتبط التجريد بالتعميم دائما . وحينما نتوصل الى تحديد الخصائص المتجردة للأشياء ، فان هذا يعني أننا قد بدأنا نفكر فيها في شكلها المعمم . وتقوم عملية التعميم على استخلاص الخاصية العامة أو المبدأ العام للشيء أو الظاهرة وتطبيقه على حالات أو مواقف أو أشياء أخرى تشترك في هذه الخاصية العامة أو المبدأ العام .

سادسا: الارتباط بالمحسوسات :

يتطلب التجريد غالبا عملية عقلية عكسية وهي الانتقال مرة أخرى من التجريد والتعميم إلى الواقع الحسي . وهذا يتضح في مواقف التعلم المختلفة حيث يسوق المعلم من آن لآخر أمثلة من الواقع الحسي الذي يلمسه التلاميذ لما يقدمه لهم من مفاهيم مجردة.

سابعا: التحليل :

وهو العملية العقلية التي يتم بها فك ظاهرة كلية مركبة إلى عناصرها المكونة لها. إلى مكوناتها الجزئية. فإذا أردت أن تفهم طبيعة أي عمل يؤديه الإنسان، فان عليك أن تقوم بتحليل هذا العمل إلى أجزائه المختلفة والى المراحل التي يتم بها تتابع عملية العمل.

ثامنا: التركيب :

وهي تلك العملية العقلية التي يتم بها إعادة توحيد الظاهرة المركبة من عناصرها التي تحديدها في عملية التحليل. ان هذه العملية تمكننا من الحصول على مفهوم كلي عن الظاهرة من حيث أنها تتألف من أجزاء مترابطة.

تاسعا: الاستدلال :

يقوم الاستدلال العقلي على استنتاج صحة حكم معين من صحة أحكام أخرى. ويؤدي الاستدلال الصحيح إلى تحقيق الثقة في ضرورة وحتمية النتائج التي يتوصل إليها. والاستدلال نوعان :

- **الاستنباط:** وهو العملية الاستدلالية التي بها نستنتج بأن ما يصدق على الكل يصدق أيضا على الجزء. وكثيرا ما نستخدم التفكير الاستنباطي في حياتنا اليومية والمهنية.
- **الاستقراء:** وهو العملية الاستدلالية التي بها نتوصل الى نتيجة عامة من ملاحظة حالات جزئية معينة.

4: 3: 3 اضطرابات تتابع او تدفق الافكار:

تشتمل اضطراب عمليات تتابع او تدفق الافكار على الاتي:

- **تطاير الافكار**: ويقصد بها ازدحام الافكار في رأس الشخص وتسابقها على النطق بها. وتدفقها بسرعة غير عادية تفوق الحد الطبيعي. وقد تتغير اهداف تلك الافكار بشكل سريع. الا انها تبقى في الغالب محافظة على الترابط في سياقاتها.ويلاحظ فيه وجود نوع من السجع او التشابه او الترابط اللفظي بين الافكار. (صالح، 2008)

- مضمون التفكير والاتجاه العقلي : **الاتجاه العقلي العام، معتقدات الحالة وسلوكياتها، والمحتوى العقلي للعميل خاصة ما يتعلق منها بأفكار: تقدير الذات الزائد، أو التقليل منها، وأفكار توهم المرض، والانعدامية، والأفكار المرجعية، والتأثير، والهذاء ونوعه ان وجد ومحتواه الشعوري**

- **الأفكار الإيمائية :** ويقصد بها اعتقاد المريض بأنه المقصود بأحاديث الآخرين وابتساماتهم أو انه المقصود من مقالات معينة في الصحف أو بأحاديث في الإذاعة حيث تشير إليه من طرف خفي . مثال ذلك : قرار أحد المصابين بفصام البارانويد اعتقاده ان كل المحيطين حوله يتحدثون عنه ويستهزئون به

- **التفكير الوسواسي :** وتعني الانشغال الدائم الواعي بمجموعة من الأفكار غير المرغوب فيها والتي لا يمكن استبعادها

- **بطء التفكير :** حيث يبدأ التفكير ويتقدم ببطيء . وغالبا ما يقرر المريض بأن أفكاره تأتي ببطيء أو أنه يجد صعوبة في التفكير

- **التفكير الدوامة**: في هذا النوع من الاضطراب تعاد الافكاربتكرار معين بالرغم من انتهاء موضوعها والحديث بخصوصه بمعنى ان الفرد يبقى في دوامة الفكرة نفسها ولا يستطيع التحول والانتقال الى فكرة جديدة. ويحدث في حالات اضطراب الدماغ العضوي.

- **توقف الافكار**: وفي هذه الحالة يتحدث الشخص ، وفجأة يتوقف عن الكلام. فيشعر كأن عقله قد غدا خاليا من الافكار. ويحدث هذا في الغالب في حالات الفصام.

- **التفكير غير المترابط:** وفي هذا النوع يتحدث الشخص بتدفق وتلقائية كما لو كان طبيعيا غير ان كلامه لا يوجد فيه ترابط منطقي. بالاضافة الى ان افكاره تبدة غامضة ويزيد غموضها استعمال الشخص لغة جديدة. او مفردات غير متداولة. ويحدث هذا في حالات الفصام والهوس والذهان العضوي

- **التفكير الخرافي:** يتصف هذا النوع من التفكير بانعدام القدرة على التمييز بين ما هو مهم وما هو غير مهم من الافكار. فضلا عن ان المريض يخوض في تفاصيل كثيرة ليست لها علاقة بالموضوع وتلاحظ هذه الحالة في حالات التخلف العقلي والصرع

4: 3: 4 اضطرابات عائدية الافكار والسيطرة عليها:

يشعر الشخص الطبيعي ان افكاره تعود اليه وان له القدرة بالسيطرة عليها لكن المصاب فانه يشعر ان افكاره غريبة عنه. ولا سيطرة عليها وتظهر هذه الاضطرابات في حالات الفصام بانواع ثلاثة هي:

- **سحب الافكار**: وفيه يعتقد المصاب ان افكاره تسحب منه برغم ارادته

- **زرع الافكار**: وهي عكس الحالة السابقة حيث يعتقد المصاب ان افكارا تزرع في عقله رغم ارادته

- **اذاعة الافكار**: وفيه يشعر المريض ان افكاره (خصوصياته) معروفة لدى الاخرين كما لو ان رأسه محطة اذاعة تبث افكاره للجميع.

4: 3: 5 اضطراب صيغة التفكير:

يكون لدى الشخص المصاب باضطراب التفكير انعدام القدرة على التفكير المجرد فيأخذ التفكير عنده صيغة مختلفة وغريبة وتكون على نوعين: تفكير مبهم وفيه يبتعد تفكيره عن المواقف الحقيقية او الواقعية. وتفكير جامد وفيه يفتقر التفكير الى المرونة والتبصر والتجريد والاستنتاج.

4: 3: 6 اضطراب محتوى التفكير:

الصفة العامة لهذاالنوع من اضطراب التفكير هي الوهم العقلي ويقصد بها الافكار التي لا تنطبق على الواقع. بالاضافة الى تناقضها مع ما هو معروف على المستوى الثقافي والاجتماعي للشخص. وتأتي هذه الاوهام بصور متعددة:

- **الاوهام الاضطهادية**: وتشير الى اعتقاد الفرد بأنه مضطهد وان الاخرين يراقبونه ويضمرون له العداءوالحاق الاذى به.
- **اوهام العظمة**: بحيث يضفي المصاب على نفسه مظاهر العظمة
- **اوهام الضعة**: حيث يصف المريض نفسه بعدم الاهمية والتفاهة
- **اوهام العائدية او المرجعية**: وتشير الى اعتقاد المريض بأن ما يدور من كلام بين الناس او حركات او احداث على انها تعنيه هو بالذات.
- **اوهام العدم**: وتشير الى اعتقاد المريض بانه جزءا منه او احد اعضاء جسمه او انها ساكنة لا تعمل
- **اوهام الاثم**: حيث يشعر المريض بالذنب ويدعي مسؤوليته عن اثام لم يرتكبها. ويصف نفسه بالمذنب.
- **الاوهام المراقبة**: وفيها يعتقد المريض بأنه مصاب بمرض بالرغم من توكيد الاطباء بأنه سليم من اي مرض.

4: 4 اضطراب عمليات الذاكرة:

4: 4: 1 التعريف بعمليات الذاكرة:

من أبرز الخصائص المميزة للنشاط النفسي أن الفرد يستخدم باستمرار المؤثرات الخارجية التي يتعرض لها ويخضع لها في الوسط المحيط به . في سلوكه في المواقف اللاحقة . ويتعقد السلوك ويرتقي بقدر ما تتجمع الخبرة الفردية التي تصير آثارا للذاكرة . تخيل شخصا ما بدون ذاكرة أو أنه فقد ذاكرته تماما ؟ فماذا ترى فيه ؟ ان هذا الشخص سوف تضطرب لديه وظائف الإدراك والوعي لأنها تتطلب المقارنة بين الحاضر والماضي . ثم أن قدرته على التعلم سوف تتوقف نظرا لأنها تتطلب الاحتفاظ بالعادات والمهارات والمعلومات الجديدة. وكذلك ، فان قدرته على الكلام سوف تضطرب وتنخفض كفاءتها لأن الكلام ومخاطبة الأشخاص لفظيا يعتمد على تذكر

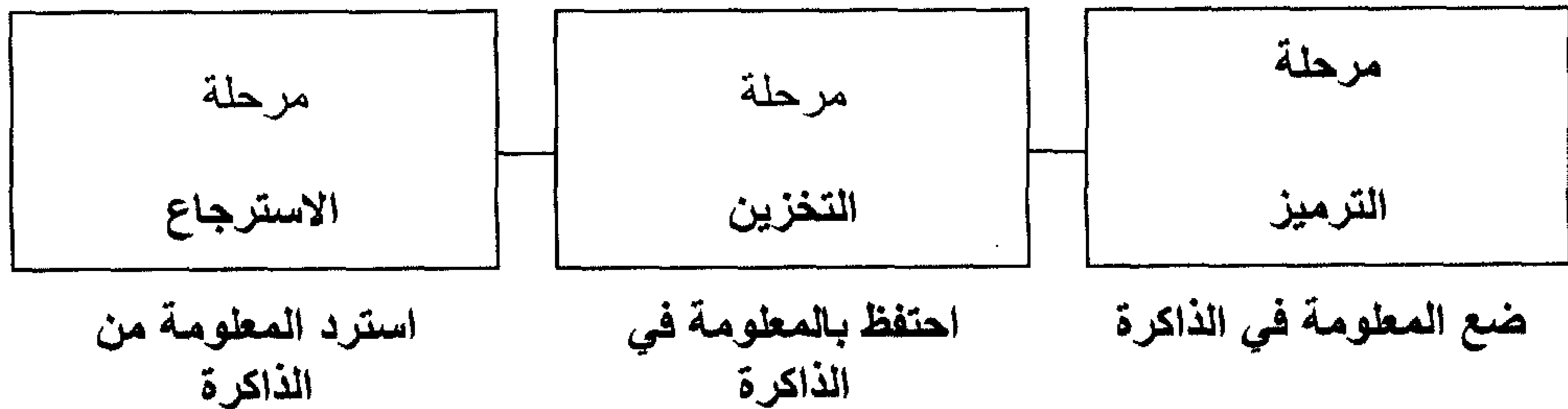
الكلمات وتذكر عدد ولو قليل من نماذج التعبير اللغوي وقواعد النحو . ان قيام هذا الشخص ببعض المهام البسيطة مثل إعداد الطعام أو لبس الملابس أو غسل الأطباق وترتيبها يعتمد على التذكر . وكل عمل يقوم به أي إنسان مهما كان بسيطا يعتمد على التذكر.

وتعرف الذاكرة على أنها العملية العقلية التي يتم بها تسجيل وحفظ واسترجاع الخبرة الماضية . ويتفق علماء النفس أن للذاكرة مراحل ثلاث تمر بها هي : التسجيل أو الترميز Encoding ، والتخزين أو الاحتفاظ Storage ، والاسترجاع Retrieval

- **مرحلة التسجيل أو الترميز :** وتتضمن الترميز تحويل المعلومات الحسية كالصوت أو الصورة إلى نوع من الشيفرة أو الرمز الذي تقبله الذاكرة . فتسجيل المعلومات الواردة إلينا لا يعني تسجيلها كما هي (كالصورة الفوتوغرافية) فكثيرا ما يتضمن الترميز تجميلا للمادة. أو ربطا لها بخبراتنا السابقة على شكل بطاقة أو صورة أو أي شيء آخر. وذلك حتى يمكن أن نجد المعلومات فيما بعد . والترميز عملية لازمة لاعداد المعلومات للتخزين (وهو المرحلة الثانية) فان وضع الشفرة يسمح بتشكيل المادة حتى يمكن لجهاز التخزين أن يمثلها . وعلى سبيل المثال . عندما تقرأ ، فأنت في الواقع ترى خطوطا متعرجة سوداء على الصفحة ، وقد تضع رمزا لهذه المعلومات في شكل صورة أو تصميم أو كلمات أو أفكار لا معنى لها .

- **مرحلة التخزين :** وهي حفظ المعلومات التي تم ترميزها في الذاكرة أي تخزينها ، ويمكن أن تخزن المعلومات في الذاكرة فترات زمنية مختلفة تتراوح بين بضع ثوان وطوال العمر .

- **مرحلة الاسترجاع :** وهي مرحلة سحب المعلومات من المخزن عند الحاجة إليها .



4: 4: 2 العوامل المؤثرة في الذاكرة :

الذاكرة الفعالة هي إلى حد كبير نتاج تعلم فعال . وبالتالي ، فان العوامل المؤثرة في الذاكرة هي بحد ذاتها مبادئ للتعلم الإنساني . ويستطيع الشخص الراشد العادي أن

يتذكر على الأقل لمدة دقيقة رقم تلفون يتكون من 4 - 5 أرقام قد سمعه لمرة واحدة . ولكن إذا كان هذا التلفون يتكون من حوالي عشرة أرقام فمن المحتمل أن نجد صعوبة في تذكره حتى ولو سمعناه لمرتين. وتشترك العديد من العوامل في تحديد مدى قدرة الطفل على التذكر مثل نوع مادة التذكر، وطرق تعلم مادة التذكر، (Sears & Finn, 1998): **وطريقة التسميع، والمستوى العمري** (Gardner, 2006). **والمستوى العقلي والجنس** حيث يبدي البنات في الغالب تفوقا على البنين من نفس مستواهن العمري في اختبارات الذاكرة وفي التعلم المدرسي. الا أن هذا القول فيه خلاف وتباين واضح بين مجموع الباحثين في هذا المجال. وتلعب العوامل الدافعية والانفعالية دورا حاسما في التعليم والتذكر وبقدر ما تزداد الدافعية بقدر ما يقوى نشاط العقل في التعلم والتذكر. ومن شأن مادة التعلم التي تستثير اهتمامات الطفل والطريقة التي تنشط حالته الدافعية بازاء هذه المادة والتي تربطها بخبرته السابقة وبأهدافه ومراميه أن تثبت في الذاكرة وتكون أميل الى الاستدعاء بسرعة وبدقة في المواقف اللاحقة. وتشير دراسات عديدة إلى أن العوامل المؤثرة في عملية التذكر تتلخص في ثلاثة عوامل رئيسة هي : عوامل خاصة بالمتعلم نفسه، وعوامل خاصة بالخبرات المراد تعلمها. وعوامل خاصة بطريقة التعلم

4: 4: 3 قصور الذاكرة :

وهي على نوعين:

- **فقدان الذاكرة الكلي**: ويحدث في حالات الضرر العضوي. مثل ضربة شديدة في الرأس او الصرع الحاد.
- **فقدان الذاكرة الجزئي**: ويحدث في بعض حالات الهذيان والقلق والاجهاد وحالات الضرر الدماغي المحدود.

4: 4: 4 تشوه الذاكرة:

وتكون على نوعين هما:

- **تشوه التسجيل**: ويحصل في حالات التذكر المسبق من قبيل ان يجد الانسان نفسه في مكان ويتصور انه كان قد عاش فيه او مر به. في حين لم يحصل له هذا في الواقع.
- **تشوه الاستدعاء**: وهو على ثلاثة انواع: التحريف: وهو تذكر احداث ماضية لا اساس لها من الصحة ويحدث في خرف الشيخوخة والفصام المزمن. والتحريف

الرجعي: وهو تذكر احداث ماضية مصحوبة بعملية تحريف باضافة تفاصيل تتفق وحالة الفرد في ساعتها. وهذه الحالة تحدث لمرضى الاكتئاب الذهاني. والذكريات الوهمية. وهو تذكر وهمي من حيث انه انعقاد جازم بالرغم من انه لا اساس لهذا الاعتقاد في الواقع. ويحدث هذا في حالة البارانويا.

5: اضطرابات التواصل

الاتصال عملية تفاعل اجتماعي Social interaction تهدف إلى تقوية الصلات الاجتماعية في المجتمع عن طريق تبادل المعلومات والأفكار والمشاعر التي تؤدي إلى التفاهم والتعاطف والتجاذب أو التباغض. ومما لا شك فيه ان عملية الاتصال من المفاهيم الحديثة التي لا تزال في حاجة إلى إسهامات متعددة من سائر المتخصصين من أجل تمحيصها وتنقيحها حتى تصبح واضحة ومحددة لا سيما وأن تحديد المفاهيم العلمية يعتبر الخطوة الأولى نحو الوصول إلى الموضوعية العلمية.

5: 1 مفهوم الاتصال:

الاتصال عملية تفاعل اجتماعي يستخدمها الفرد لبناء معان تشكل في عقولهم صورة ذهنية للعالم. ويتبادل هذه الصور الذهنية عن طريق الرمز.

والاتصال الإنساني اتصال لغوي. واللغة هي أداة الاتصال وعبارة عن نظام من الرموز لها معان أعطاها إياها الإنسان ونعني بالرمز شيء يمثل أو يرمز إلى شيء آخر (Bos & Vaughn, 2002) وقد تكون هذه الرموز على شكل أحرف أو أرقام أو ألوان أو زوايا أو خطوط أو كلمات أو إشارات أو لغة أعضاء الجسم. أما الكلمة فهي عبارة عن رمز يمثل فكرة أو شيئا في الواقع (Bos & Vaughn, 2002)

وتأخذ اللغة التي هي أداة الاتصال والتفاهم بين الناس شكلين هما الاتصال اللفظي (منطوق ومكتوب). والاتصال غير اللفظي: (لغة الإشارات وأعضاء الجسم ويأخذ الاتصال غير اللفظي عدة أشكال من أهمها: لغة الإشارات (الصم والبكم)، ولغة أعضاء الجسم (الرأس، العينين، اليدين، الابتسامة، تعبيرات الوجه..الخ)، لغة الصمت (من خلال الفنون التعبيرية المختلفة: كالرسم والنحت والموسيقى أو الحركة: كالباليه والرقص....وما إلى ذلك)، نغمة الصوت، المكان أو الحيز. (Bos & Vaughn, 2002)

5: 2 اضطرابات الكلام واللغة:

تعد اللغة أرقى ما لدى الإنسان من مصادر القوة والتفرد. وهي الوسط الذي ينظم الإنسان تفكيره من خلاله ويعبر عن أفكاره على نحو يفهمه الآخرون ويستوعبونه.

وباللغة نتمكن من التعبير عن حاجاتنا الأساسية ونتزود من خلالها بطرق ووسائل من اجل معرفة عالمنا والقيام بوظائفنا كمخلوقات اجتماعية. والإنسان وحده دون غيره من أعضاء المملكة الحيوانية. هو الذي يستخدم الأصوات المنطوقة في نظام إبداعي محدد ليحقق التخاطب مع أبناء جنسه.

لقد وضع عدد من الباحثين بعض الخصائص التي تميز اللغة الإنسانية عن غيرها تتمثل في الآتي (زكريا، 1985):

- تتسع لغة الإنسان للتعبير عن معارفه وتجاربه وخبراته الماضية وآماله في المستقبل
- اللغة الإنسانية رموز اصطلاحية غير مباشرة
- لدى الإنسان وعي بالعلامات التي يستخدمها قصدا على انها وسائل لتحقيق الأغراض.
- يستخدم الإنسان اللغة للتعبير عن الأشياء العيانية الملموسة. كما يستخدمها في التعبير عن الأفكار المجردة
- يستخدم الإنسان اللغة في التعبير عن أشياء او إحداث بعيدة عن المتكلم زمانا ومكانا.
- يعمم الإنسان الألفاظ التي يستخدمها للإشارة الى أشياء متشابهة.
- لغة الإنسان مركبة تتألف من وحدات ومن قواعد لتأليف الوحدات (حروف، وكلمات، وجمل، وتراكيب).
- يستطيع الإنسان ان يستبدل كلمة بكلمة في منطوق معين اذا تغير الموقف.
- لغة الإنسان محكومة بقواعد يفرضها عليه المجتمع الذي ينتمي اليه.
- تتنوع لغة الإنسان بتنوع الجماعات التي تستخدمها. بفعل عامل الزمان والمكان
- يكتسب الإنسان لغته من المجتمع الذي يعيش فيه.

5: 2: 1 طبيعة اضطرابات الكلام واللغة:

يصعب على المرء تعريف اضطرابات الكلام. كما هو الحال عند تعريف الشيء غير العادي. فجميعنا الآن أصبحت لديه فكرة عن الشخص غير العادي. وربما كان لدى البعض منا أسس نبني عليها اعتبارنا هذا فنصف شخصا ما على انه عادي وآخر نصفه بغير العادي. ويختلف الكلام باختلاف المتكلم . بما يتناسب ونموه الجسماني. والكلام المعيب أو الناقص هو الذي يكون غير مقبول من النواحي السمعية والكلامية أو من ناحية صعوبة إخراجه. وهو الذي يلاحظه الإنسان عندما يقارنه بالكلام العادي. فمثلا. قد نجد وقفات في كلام شخص ما يرجع سببها إلى وجودها في لغته الأصلية. فنسميها باللكنة الأجنبية. أما إذا كانت وقفات الكلام لدى هذا الشخص مملة. بسبب انه أصم أو ثقيل السمع فان ذلك يعتبر اضطرابا في الكلام.

5: 2: 2 أنواع اضطرابات الكلام واللغة:

يمكن تحديد اضطرابات الكلام الأساسية بما يلي:

1 - اضطرابات النطق Articulation disorders:

اضطرابات النطق أخطاء كلامية تنتج عن أخطاء في حركة الفك والشفاه واللسان أو عدم تسلسلها بشكل مناسب بحيث يحدث استبدال أو تشوه أو إضافة أو حذف. ناتجة عن سبب واحد أو اكثر من الأسباب العضوية الواضحة أو حرمان بيئي، أو سلوك طفولي، أو مشكلات انفعالية، أو بطء في النمو ويمكن تحديد اضطرابات النطق بالحالات التالية:

- **الإبدال Substitution:** فقد يبدل الطفل حرفا بحرف آخر كأن ينطق صوت التاء بصوت الفاء، أو قد يبدل حرف الراء بحرف اللام. وهذه الحالة هي الأكثر شيوعا لدى الصغار، ويوصف الأطفال الذين يعانون من هذه الحالة بعدم النضج.

- **الحذف Omission:** وغالبا ما يحذف الأطفال الصوت الأخير في الكلمة بحيث يصبح كلام الطفل غير مفهوم. وقد لا ينطقون الحروف الساكنة في الكلمة. أو قد يتوقفون آنيا بين الأصوات في المواقع اللفظية.

- **التشوه Distortion:** يحاول الطفل ان يقلد الأصوات. لكنه يخفق في ذلك. وينحرف كلامه او يشوهها. وتكون مخارج الكلمات عنده غير سليمة.

- **الإضافة Addition:** وقد يضيف الطفل أصواتا غريبة كما هو الحال بالنسبة لكلام الطفل الأصم. فيأخذ هذا الاضطراب النطقي أشكالا متنوعة مثل إضافة أصوات إلى المقاطع اللفظية التي تعتبر الأكثر شيوعا بين الأطفال.

2 - اضطرابات الطلاقة اللفظية Fluency disorders:

يقصد باضطرابات الطلاقة اللفظية إصدار عدد كبير من الاعتراضات او المقاطع الكلامية. كالتأتأة مثلا. ويصحب ذلك سلوك تجنبي. يرافقه تطور في مفهوم الذات يشمل تعامل الشخص مع نفسه بوصفه شخصا يفتقر إلى الطلاقة الكلامية الطبيعية (Van riper, 1998). وهذه المقاطع تتميز بكل من: التكرار والإعادة، وإطالة الأصوات، والتردد أو التوقف عند الكلام، والأصوات الاعتراضية الخاطفة

وهناك اضطرابات كلامية أخرى ترتبط بالطلاقة اللفظية وتعرف باسم سرعة الكلام Cluttering تتميز بسرعة فائقة بحيث لا تكون الكلمات واضحة وتفتقر إلى

النظام. وقد يحدث تداخل بين الحروف أو الأصوات أو حتى حذف لبعض الأصوات او المقاطع اللفظية.

وتشتمل الاضطرابات اللغوية على كل من:

- التأخر اللغوي الذي ينجم عن أسباب عديدة من أبرزها الإعاقات السمعية، والعقلية، والانفعالية، والحرمان البيئي، وهو ليس اضطرابا لغويا بل نمو اللغة بمعدل منخفض مقارنة بالعمر الزمني للطفل. بالرغم من انتظام عملية النمو عنده.
- والضعف اللغوي باعتباره صعوبة في عملية فهم واستخدام الخصائص اللغوية المرتبطة بكل من: الخصائص الصوتية، والخصائص المورفولوجية (بنية اللغة) التي تشتمل على المورفيمات (أصغر الوحدات الصوتية التي تحمل معنى في اللغة) بطريقة منحرفة. وتركيب الجمل الذي يشمل على استخدام المعاني المشتقة من طريقة ربط الكلمات وبناء الجمل بطريقة منحرفة. ودلالات الألفاظ. والاضطرابات الفونولوجية (الصوتية) المتمثلة باستخدام خصائص الأصوات في اللغة بطريقة منحرفة أو مشوهة. وانحراف لغويين.
- الحبسة Aphasia: ونعني بها عدم القدرة على الكلام. وهذه تظهر في سن مبكرة وتسمى بالحبسة الولادية Congenital aphasia وقد تحدث في سن متأخرة نتيجة تلف دماغي أو اصابة دماغية.

وتشير الدراسات ان كفاءة الحواس لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات كلامية أقل بكثير من حواس زملائهم العاديين. وتبرز هذه الظاهرة عند الأفراد الذين يعانون من التمتمة حيث تقل كفاءة حواسهم بدرجة كبيرة عن زملائهم العاديين.

كما أشارت الدراسات المتعلقة بالشخصية ان هناك علاقة بين شخصية الفرد والإصابات الجسمية التي يعاني منها. فالإصابات الجسمية الخطيرة تستلزم ان يستخدم الشخص المصاب سبلا جديدة للتكيف مع بيئته ولما كان الكلام هي عامل الاتصال الرئيسي في تكييف الشخص مع محيطه. فان أي اضطراب في هذا العامل يستتبعه تغير في شخصيته. ومن ثم فان الكلام في حالة الشخص المعيب جسمانيا ربما يعتبر جزءا لا يتجزأ من شخصيته. لاحظ مثلا فاقدي البصر كيف تتولد لديهم اضطرابات الكلام لأسباب غريبة تتعلق بطرقهم في التكيف مع البيئة. وكذلك الأفراد الذين يعانون من عيب في الغدة الدرقية. وسرعة كلامه المرتبط بشكل وثيق مع الإصابات في الغدد. أما الأفراد الذين يعانون من التمتمة ولا يظهر عليهم أي خلل جسماني . ربما يعانون من اضطرابات نفسية تستوجب إجراء علاج نفسي لتصحيح طريقة كلامهم.

5: 2: 3 العوامل المسببة للاضطرابات الكلامية واللغوية:

يمكن تحديد العوامل المسببة للاضطرابات الكلامية واللغوية في بعض الحالات دون إمكانية تحديدها في البعض الآخر نتيجة وجود عوامل قد تكون غير معروفة وغير واضحة ومن العوامل المسببة للاضطرابات الكلامية واللغوية ما يلي:

1 - الأسباب العضوية:

ان الاضطرابات الكروموسومية والعصبية والفيزيولوجية والأيضية والنمائية هي المسؤولة عن العديد من الإعاقات التي تصيب الفرد، وهي أيضا مسؤولة عن الاضطرابات الكلامية واللغوية. فعندما يكون هناك خلل أو ضعف في الأجهزة المسؤولة عن الكلام واللغة. فان كلا من: الجهاز العصبي المركزي، والجهاز العصبي المحيطي، والمستقبلات الحسية، والألياف العضلية.

2 - الأسباب البيئية:

فالحرمان البيئي والثقافي قد يؤدي إلى التأخر اللغوي عند الطفل. كما ان عوامل عديدة أيضا يمكن ان تكون سببا في اضطرابات الكلام واللغة. كالرصاص، والزئبق، وأول أكسيد الكربون ، والكحول، وغير ذلك من السموم التي تؤثر بالضرورة على إحداث الاضطراب الكلامي واللغوي عند الطفل. ولا تنسى - عزيزي القارئ - الظروف الأسرية التي تلعب دورا بارزا في تشكيل اضطرابات التواصل اللغوي بين الطفل وأسرته. وإذا ما قدمت الأسرة نماذج لغوية ضعيفة أو خاطئة فان هذا ينعكس أيضا على تعلم الطفل لمثل هذه النماذج.

3 - الأسباب التعلمية:

ان مهارات التواصل واللغة والكلام تمثل استجابات متعلمة عند الفرد وهي بالتالي تصبح مضطربة عندما تكون أنماط التفاعل بين الفرد ومحدثه أنماطا مضطربة وغير إيجابية.

4 - الأسباب النفسية الداخلية:

فالاستجابات اللغوية واللفظية التي تصدر عن الفرد غالبا ما تعكس حالته النفسي وأنماط شخصيته. وبناء على ذلك، لا غرابة في ان تؤثر الاضطرابات النفسية (الذهانية أو العصابية أو غير ذلك) على قدرة الفرد على التواصل مع الآخرين.

5 - الأسباب الوظيفية:

وقد تكون الاضطرابات الكلامية واللغوية ناجمة عن إساءة استخدام أجهزة الكلام فالجهاز البلعومي يعد من اكثر الأجهزة تعرضا لإساءة الاستخدام. الأمر الذي يؤدي أحيانا إلى تلف عضوي في تلك الأجهزة.

هذا، وقد أشار بريان (Bryan & Bryan.; 1986) إلى أن عملية تقييم الاضطرابات الكلامية واللغة تتضمن العناصر الرئيسية التالية:

- **فحص النطق**: ويتم في هذا الفحص تحديد أنواع الأخطاء المرتكبة والأصوات الخاطئة التي تصدر عن الطفل.
- **فحص السمع**: وفيه يتم تحديد ما إذا كان هناك مشكلات في السمع يعاني منه المفحوص ويسبب اضطرابا في التواصل.
- **فحص التمييز السمعي**: من اجل تحديد مدى قدرة الطفل على تمييز الأصوات التي يسمعها.
- **فحص النمو اللغوي**: بهدف تحديد مستوى النمو اللغوي عند الطفل ومعرفة الذخيرة اللغوية لديه.

5: 2: 4 تشخيص اضطرابات الكلام واللغة:

ولما كانت الاضطرابات الكلامية واللغوية ترجع لأسباب متنوعة فان هذا يتطلب مشاركة فريق متعدد التخصصات ترتبط باضطرابات التواصل والتي يمكن ان تأخذ واحدة أو أكثر من الأشكال التالية (Wiig, 1992):

- **المنحى التشخيصي العلاجي** Diagnostic - prescriptive approach: يركز هذا المنحى على الخصائص السلوكية التي يتميز بها الفرد. بافتراض ان اضطرابات التواصل تنتج عن ضعف فيزيولوجي او نمائي او اضطراب نفسي. أما البرامج العلاجية التي انبثقت عن هذا المنحى فانها تأخذ شكلين رئيسيين هما: نموذج تحليل المهارات Task analysis model ويهتم بتحديد المهارات الكلامية واللغوية التي يفتقر إليها الفرد. والمهارات الكلامية واللغوية التي اكتسبها من اجل تصميم البرامج العلاجية المناسبة لذلك.

- **المنحى السلوكي التعلمي Behavioral - Learning approach**: يركز هذا المنحى على مبادئ التعلم السلوكي الإجرائي لتقييم اضطرابات اللغة والكلام. يهدف تحديد المثيرات البيئية او اللفظية ذات العلاقة بالاضطراب التواصلي. وتحديد المعززات التي من شأنها تعديل السلوك اللغوي للفرد.

- **المنحى التفاعلي الشخصي Interactive - interpersonal approach:** يركز هذا المنحى على قدرة الفرد على التواصل بشكل فعال في أوضاع اجتماعية وتفاعلية متنوعة. بمعنى انه يهتم بتحديد مواطن الضعف والقوة في استخدام اللغة في التواصل مع الآخرين.

- **المنحى التحليلي النفسي Psychoanalytic approach:** يهتم هذا المنحى بتحديد العوامل النفسية والانفعالية ذات العلاقة باضطرابات الكلام والتواصل خاصة عندما يتبين عدم وجود أية عوامل بيولوجية ظاهرة وراء هذه الاضطرابات. ومن اجل ذلك فان أصحاب هذا المنحى يستخدمون عادة الاختبارات الاسقاطية Projective tests والمقابلات غير التوجيهية Nondirective interview والدراما النفسية Psychodrama .

- **المنحى البيئي الشمولي Holistic approach:** يركز هذا المنحنى على دراسة جميع الخصائص الشخصية والأبعاد البيئية التي ترتبط باضطرابات التواصل واللغة. بحيث تشمل تقييم ديناميكية شخصية الفرد ومهاراته اللفظية وغير اللفظية، وحاجاته الإرشادية ومهارات التواصل الاجتماعي وغير ذلك من البيانات التي يمكن جمعها لهذا الشخص.

5 :5 :5 الخصائص العامة للأطفال الذين يعانون من اضطرابات الكلام:

لما كان الأفراد الذين يعانون من اضطرابات كلامية ولغوية كثيرون وخصائصهم متباينة . فان الحديث عن خصائص محددة على صعيد المظاهر النمائية الجسمية أو المعرفية أو الانفعالية - الاجتماعية أمر بالغ الصعوبة. إلا انه من الممكن الإشارة إلى عدد من هذه الخصائص على النحو التالي:

1 - الخصائص العقلية:

تشير الخصائص العقلية للطفل الذي يعاني من اضطرابات كلامية ولغوية إلى أداء المفحوص على اختبارات الذكاء المعروفة. مثل اختبار بينيه ووكسلر وغيرها من الاختبارات. ويلاحظ على الأطفال الذين يعانون من اضطرابات لغوية وكلامية من تدني أداءهم على تلك الاختبارات مقارنة مع زملائهم من الأطفال العاديين. كما يلاحظ تدني هؤلاء الأطفال على اختبارات التحصيل الأكاديمي. مقارنة مع زملائهم العاديين من نفس العمر.

2 - الخصائص الانفعالية والاجتماعية:

وهي تلك الخصائص المرتبطة بموقف الأطفال من ذوي الاضطرابات اللغوية من أنفسهم. ومن موقف الآخرين منهم. وبسبب ارتباط بعض مظاهر الاضطرابات

اللغوية بمظاهر الإعاقة العقلية أو السمعية والانفعالية او صعوبات التعلم أو الشلل الدماغي. فانك سوف تلاحظ تماثل خصائص الأطفال الذين يعانون من مثل هذه الإعاقات مع خصائص الأطفال الذين يعانون من اضطرابات لغوية مثل: الشعور بالرفض من قبل الآخرين، والانطواء، والانسحاب من المواقف الاجتماعية، او الإحباط، والشعور بالفشل، والشعور بالنقص، أو بالذنب او العدوانية نحو الذات او نحو الآخرين. او العمل على حماية أنفسهم بطريقة مبالغ فيها.

هذا ، وقد أورد الحديدي (1998) عددا من الخصائص العامة لذوي الاضطرابات اللغوية على شكل مؤشرات كلامية ولغوية على النحو التالي:

- لا يتكلم
- لا يتكلم إلا إذا بادر الآخرون التكلم معه
- لا يستوعب الجمل البسيطة
- لا يستطيع معرفة الشيء من الوصف اللفظي الذي يقدم له
- لا يستطيع وصف الناس أو الأماكن أو الأشياء بوضوح
- لا يستطيع تفسير التعليمات
- يواجه صعوبة في تفسير الرموز والإشارات
- يواجه صعوبة في لفظ كلمات كثيرة
- يستخدم كلمات نابية أو غير مناسبة
- لا يتحدث بطلاقة
- صوته غير مريح
- يظهر حركات وايماءات جسمية غير عادية عندما يتكلم
- طريقته في التواصل غير مناسبة
- يتحدث بطريقة يصعب على الآخرين فهمها
- يتحدث بصوت غير مسموع
- مفرداته اللفظية محدودة بالنسبة لعمره
- يحمر وجهه ويظهر عليه الشعور بالحرج عندما يتواصل مع الآخرين.

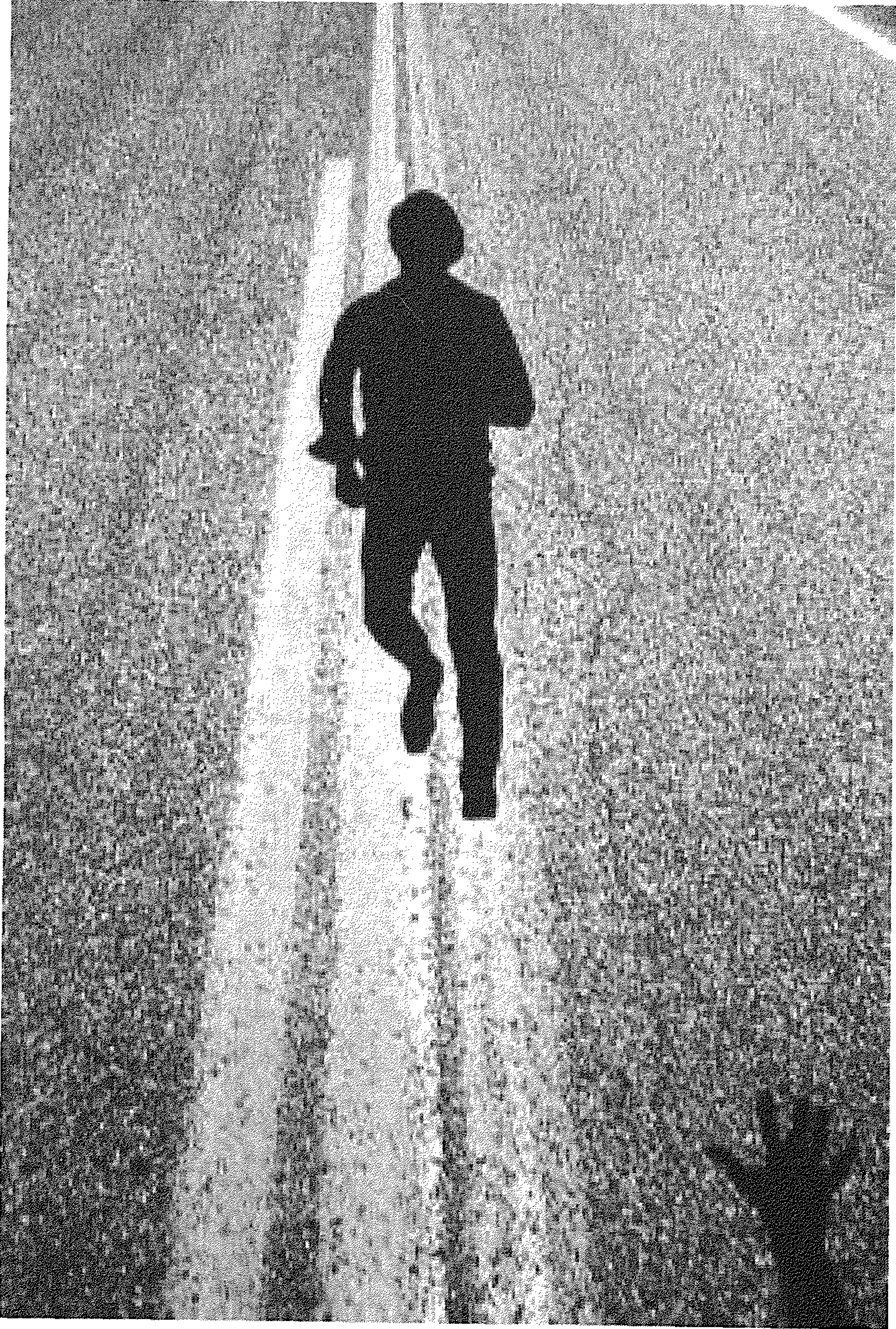
6: قائمة المراجع:

- انطاكي، سمير (1985). **العينية المصورة للطبيب الممارس وطالب الطب.** ميلانو، إيطاليا: مؤسسة الديار.
- الحديدي، منى صبحي (1998). **مقدمة في الإعاقة البصرية**. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- الخطيب، جمال (1998). **مقدمة في الإعاقات الجسمية والصحية**. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- الخطيب، جمال (1998). **مقدمة في الإعاقة السمعية**. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- الروسان، فاروق (1996). **سيكولوجية الأطفال غير العاديين: مقدمة في التربية الخاص.** عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- زكريا، ميشال (1985). **مباحث في النظرية الألسنية وتعليم اللغة** بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
- الزيات، فتحي مصطفى (2003). **الأسس البيولوجية والنفسية للنشاط العقلي المعرفي**. القاهرة: دار النشر للجامعات،
- الزيات، فتحي مصطفى (2003). **صعوبات التعلم: الأسس النظرية والتشخيصية والعلاجية**. القاهرة: دار النشر للجامعات.
- السيد، عبد الحليم وآخرون (2003). **علم النفس العام، القاهرة**: دار غريب.
- صالح، قاسم حسين (2008). **الامراض النفسية والانحرافات السلوكية : اسبابها واعراضها وطرائق علاجها**. عمان: دار دجلة
- العنبري، أكرم وآخرون (1986). **أمراض العيون**، عمان: دار المستقبل للنشر والتوزيع.
- قورة، حسن سليمان (1986). **دراسات تحليلية ومواقف تطبيقية في تعلم اللغة العربية**. القاهرة: دار المعارف.
- كالفان، كيرك (1988). **صعوبات التعلم الأكاديمية والنمائية**. ترجمة: زيدان السرطاوي عبد العزيز السرطاوي، الرياض: مكتبة الصفحات الذهبية.
- نجاتي، محمد عثمان (1984). **علم النفس في حياتنا اليومية**. الكويت: دار القلم

- Beteman, B. D.;(1964). **Learning disability - yesterday, to day, and tomorrow.** J. of Exceptional children. 31. 167.
- Bos, C. S., & Vaughn, S.;(2002). **Strategies for Teaching students with Learning and behavior problems**. Boston: Allyn and Bacon.
- Bryan. T. H., & Bryan, J. H.; (1986).**Understanding learning disabilities.** (3rd ed). Palo Alto. CA: Mayfield.
- Cohen, G.;(2003). **The Psychology of Cognition** Academic Press, New York.
- Dodwell, P. C.**;(1999). Causes of behavior and explanation in psychology**. J. of mind, N5, PP: 1 - 15,
- Festinger, L.;(2005). **A Theory of cognitive dissonance.** California: Stanford university press. 1975.
- Furth, H. G.;(2003). **Deafness and learning. Belmont**: CA: Wodsworth publishing company Inc.
- Gardner, J. M. ;(2006). **Readings in Human Memory** . Melhven, London.
- Hallahan, D. P., et al. ;(1996). **Introduction to learning disabilities**. Boston: Allyn and Bacon.
- Hallihan, D., & Reeve, R. E.;(2000). **Selective attention and distractibility.** In: " Advances in special education". Vol. 1 (B. Keogh, Ed). PP: 141 - 181, JAL Press, Greenwich, Connecticut.
- Heward, W. L. & Orlansky.;(2000). **Exceptional children: An Introductory survey of special education**. New York: Merrill, an imprint of Macmillan publishing company.
- Kagan, J. & Segal, J.; (1998).**Psychology: An Introduction.** New York: The Harcourt Press.
- Lowenfeld, V., & Britain, W. L.;(2005). **Creative and mental growth**. New York: Macmillan publishing co. Inc. 1975.
- MaCandless, B. & Evans, E.;(2003). **Children & Youth: Psychological development**. Illinois: The Dryden press, Hinsdale.
- Macmillan, D. L.; (1996).**Mental retardation in school and society**. Boston: Little brown and company.

- Miller, S. P.;(1996). **Perspectives on mathematics**. In: Deshler, D., et al. Teaching and adolescents with learning disabilities. Denver: Love publishing.
- Peterson, C.; (2001). **Introduction to Psychology**. New York: Harper Collins Publishers.
- Richards, G. P., et al.;(1990). **Sustained and selective attention in children with learning disabilities**. J. of Learn disability. 23, 129 - 136,
- Richek, M., et al.;(2006). **Reading problems assessment and teaching strategies**. Needham heights MA: Allyn & Bacon.
- Rubin, R. J.;(2001). **The otolargingological evaluation of the hearing impaired child**. In: Keith, R. (Ed). Augiology for the physician. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Rutter, M. L.;(1997). **Methylphenidate in hyperkinetic children: Differences in dose effective on learning and social behavior science.**, 1274 - 1276.
- Scholl, J.;(2006). **Foundations of education for blind and visually handicapped children and youth**. New York: American foundation for the blind.
- Sears, L. L., Finn, R. P.;(1998). **Abnormal charcoal eye blink conditioning in autism**. J. of A. D. D. 24(3). Pp737 751..
- Torgesen, J., & Dice, C.;(1980). **Characteristics of research on learning disabilities.** J. of learn disabilities. 13, 531 - 535.
- Van riper, C.; (1998). **Speech correction: Principles and methods**. NJ: Englewood cliffs, Prentice – Hall.
- Vellutino, F., & Denkla. M.;(1990). **Cognitive and neuro-psychological foundations of word identification**. In: Barr, R., et al.; (Eds): Handbook of reading research. Vol. 2. PP: 571 - 608. New York: Longman.
- Wade, C., & Tavris, C.;(2006). **Psychology**. New York: Harper Collins college publishers.
- Wiig, E.;(1992). **Communication disorders**. In: Haring (ED). Exceptional children and youth. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.

الوحدة الخامسة
الاضطرابات النفسية في مراحل العمر



الوحدة الخامسة

الاضطرابات النفسية في مراحل العمر

اضطرابات الطفولة والمراهقة

- النمو للاطفال والمراهقين
- دراسة المشكلات النفسية للطفل والمراهق
- الاضطرابات النفسية المرافقة للامراض العضوية والالتهابية
- اضطرابات التغذية
- اضطرابات الاخراج
- اضطرابات النوم
- الاضطرابات الجنسية
- اضطرابات الكلام
- اضطراب عجز الانتباه والنشاط الزائد
- اضطراب القلق
- اضطرابات السلوك
- اضطرابات النمو السائدة

الاضطرابات النفسية للمسنين

- الشيخوخة وأهميتها وما تثيره من مشكلات
- التغيرات البيولوجية في الشيخوخة
- الحياة الجنسية في الشيخوخة
- التعمير ومدى العمر
- تغيرات القدرة العقلية في الشيخوخة
- تدهور الجهاز العصبي في الشيخوخة:
- الاضطرابات العقلية والنفسية في الشيخوخة

الوحدة الخامسة
الاضطرابات النفسية في مراحل العمر

1: المقدمة:

1: 1 تمهيد:

يعتبر الاهتمام بالطفولة والمراهقة في عصرنا الحاضر من اهم المعايير التي يقاس بها تقدم المجتمع وتطوره وتحضره بين غيره من المجتمعات (البعد الاجتماعي الاقتصادي الحضاري). فأطفال اليوم هم شباب الغد وعدته ورجال المستقبل وقادته. ورعاية الاطفال واعدادهم للمستقبل يمثل حتمية حضارية يفرضها التطور العلمي والتكنولوجي المعاصر. وان التغير والتطور الاجتماعي نحو الافضل يتوقف على ما يكطرسه المجتمع من مؤسسات وبرامج وقوانين من اجل الطفل وتكوينه وبناء شخصيته ايمان منه بأن مستقبل الامة انما هو في مستقبل اطفالنا.

1: 2 الأهداف:

عزيزي الدارس: يتوقع منك بعد الانتهاء من دراسة مادة هذا الفصل ان تصبح قادرا على أن:

- تصف مظاهر النمو الإنساني:
- تذكر العوامل المؤثرة في النمو الإنساني:
- توضح الحاجات الاساسية للطفل:
- تبين الحاجات الأساسية للمراهق:
- تصف استجواب الوالدين
- تصف استجواب الطفل
- تصف استجواب الاخرين
- توضح المخططات الدماغية الكهربائية للطفل والمراهق
- تبين التحاليل المخبرية للطفل والمراهق
- تحدد الاضطرابات النفسية المرافقة لالتهاب السحايا
- تصف التهاب الدماغ الوافد (النومي)
- تبين الاضطرابات النفسية العصبية المرافقة لاورام الدماغ:
- تصف متلازمة باركنسون
- تصف المتلازمات الرقصية (مرض سيدنهام):
- توضح شلل القشرة الدماغية
- تبين الصرع عقب المرض

- تصف التأخر العقلي الصرعي
- تبين اضطراب الهستيريا للطفل والمراهق
- تحدد مشكلات الرضاعة
- تذكر مشكلات الفطام
- تصف فقدان الشهية للطعام
- تصف التبرز اللاارادي
- توضح التبول اللاارادي
- تبين اضطرابات النوم:
- تصف العادة السرية
- تصف الجنسية المثلية
- تحدد النرجسية (عشق الذات)
- تبين اضطراب اللغة التعبيرية
- توضح اضطراب اللغة الاستقبالية التعبيرية المختلط
- تحدد الاضطراب الصوتي
- تصف اللجلجة في الكلام
- توضح اضطراب عجز الانتباه والنشاط الزائد:
- تبين قلق الانفصال
- توضح مخاوف الاطفال
- تحدد الخجل
- تبين الغيرة
- تبين مص الاصابع وقضم الاظافر
- تصف اضطراب الالم
- تحدد الربو الشعبي
- تذكر الاضطرابات التحولية
- توضح العناد والتمرد
- تبين السلوك المنحرف
- تصف العدوان
- توضح الغضب
- تبين السرقة
- تبين الكذب
- تحدد فصام للطفل والمراهق
- توضح اكتئاب للطفل والمراهق
- تذكر اضطراب التوحد

- تصف اضطراب ريت
- تصف اضطراب عدم التكامل الطفولي
- تصف اضطراب سبيرجر
- تصف اضطرابات التشنج العضلي اللاارادي
- تبين اضطراب التآزر الحركي النمائي
- تحدد اضطراب الحركة النمطية
- تصف حالات الصرع
- تذكر تطور دراسة الشيخوخة عبر التاريخ
- تبين اهمية دراسة مرحلة الشيخوخة
- توضح النظريات البيولوجية،
- توضح النظريات الخاصة بمشكلات التكيف في الشيخوخة.
- تصف التغيرات البيولوجية في الشيخوخة:
- تصف الحياة الجنسية للذكر،
- تصف الحياة الجنسية للأنثى.
- تبين الاضطرابات الجنسية في الشيخوخة.
- نحدد العوامل المؤثرة في التعمير،
- تصف تغيرات القدرة العقلية في الشيخوخة:
- تبين حاجات ومطالب المسنين ورعايتهم
- تذكر استراتيجيات الحد من مشكلات التوافق لدى المسنين

2: اضطرابات الطفولة والمراهقة:

2: 1 المقدمة:

النمو عملية تكامل في التغيرات الفيزيولوجية والسيكولوجية تهدف إلى تحسين قدرة الفرد على التحكم في البيئة (Hetherington & Parke, 2003). وأن هذه العملية منظمة وتسير وفق أسس، وتتقدم بناء على قواعد يمكن التعرف عليها ودراستها. (Berk, 2002).

وفي مرحلة المراهقة يمر فيها الفرد بتطورات وتغيرات جسمية ونفسية. فتتأثر بما قبلها من المراحل. وهي مرحلة متعددة الجوانب حيث ينمو المراهق جسميا وفيزيولوجيا وجنسيا وعقليا وانفعاليا واجتماعيا ومهنيا. وقد وصفها المنظرون بأنها فترة عاصفة ومحنة مليئة بالمشكلات بل هي بداية ظهور المشكلات في حياة الفرد. (Foltz, et al., 1995):

فالمراهق في هذه المرحلة يسعى جاهدا للتخلص من اعتماده المالي على أبويه أو الآخرين من الكبار. ويسعى الى الاستقلالية بالرغم من حاجته الملحة الى المساعدة،

والى تحمل مسؤولياته. لكنه رغم ذلك محتاج لأن يظل طفلا ينعم بالأمن والطمأنينة.وعليه ان يحقق ذاته، يفكر لنفسه، ويحقق ميوله، ويشبع حاجاته، ولكن لا بد ان يتطابق تفكيره وسلوكه مع المعايير الاجتماعية والتوافق مع الآخرين. واتخاذ قرارات حيوية تحدد مستقبل حياته، خاصة ما يتعلق منها بالتعليم واختيار مهنته، أو ما يتعلق بالزواج وتكوين اسرة أو ممارسته بعض الهوايات أو تكوين بعض الصداقات. ويسعى لتحقيق الحرية، وصاحب سلطة لكنه مع ذلك يجد نفسه متورطا في صراعات انفعالية مع الأطفال الأصغر منه سنا داخل اسرته. وكذلك الوالدين والمدرسين وأعضاء المجتمع. وهو يريد ان يكون راشدا، لكنه لا يعطى المسؤولية الكافية لأعماله الخاصة. ويعاني من مشكلات لم تكن موجودة لديه في مرحلة سابقة. وتختلف أيضا عما يواجهها الراشد الى حد ما. وهو يسعى جاهدا لتحقيق حل مقبول لمشكلاته تلك تتناسب ومعايير الجماعة.

وتحدث الباحثون (Hurlock, 1980) عن المراهقة على انها نتيجة لعوامل كثيرة منها: المثالية، ومشاعر النقص في الكفاءة والمكانة ونقص في اشباع الحاجات والضغوط الاجتماعية، وفشل العلاقة بالجنس الآخر. ومشكلات التوافق. بحيث يؤثر كل ذلك في سلوكه من حيث: **اضطراب السلوك**: مثل نقص التركيز، والتقلب السلوكي، وقصور النشاط العقلي والجسمي، واضطراب الكلام، والاندفاع والعدوان. و**الانفعالية**: والاستثارية والحساسية النفسية والانفجارات الانفعالية. و**المشاكسة**: في اطار الاسرة. و**السلوك المضاد للمجتمع**: مثل رفض النصح والتوجيه. ومغايرة المعايير الاجتماعية في اللباس والكلام والسلوك بصفة عامة. و**الوحدة**: مثل الشعور بالاهمال والرفض من قبل الرفاق وحتى من اعضاء الاسرة الواحدة والكبار. و**نقص الانجاز**: ويرافقه الاهمال ونقص الدافعية وشؤون الاسرة والانشطة الاجتماعية. و**لوم الاخرين**: والقاء التبعة عليهم واتهامهم بأنهم سبب كل شقاء. و**التهرب**: كالهروب من المنزل والزواج المبكر والاستغراق في احلام اليقظة. وربما يصل الحال بالنسبة اليه الى محاولة الانتحار. والانتحار الفعلي.

2 :2 دراسة المشكلات النفسية للطفل والمراهق:

يعاني معظم الاطفال من اضطرابات نفسية كالصرع والمخاوف واضطراب السلوك والتغذية والاخراج والشخصية وغيرها. لكنهم يراجعون الطبيب لاسباب جسمية وليست نفسية. بالرغم من ما يبدو عليهم من اعراض مرضية جسمية هي نفسية المنشأ.

ويحرص الاطباء على سؤال الوالدين عن طبيعة ولادة الطفل ان كانت عسيرة ام طبيعية، وهل حدثت اسباب ادت الى حدوث اعاقة او تشوهات او صعوبة في التنفس اثناء الولادة. والاستفسار عن حالة الطفل من الاشخاص المحيطين به وثقافاتهم وتأثيرهم المباشر وغير المباشر، والامراض النفسية والجسمية التي يعانون منها. ووضع الطفل ومشاعره نحو والديه واخوته واخواته واقرانه وممن لهم علاقة به. وعن سلوكه

واستجاباته وتقدمه واختباراته في المدرسة وعن مزاجه وتفكيره وذكائه وغير ذلك من الامور التي تشكل صورة اوضح عن حالة الطفل. مع التأكيد على عدم الاكتفاء بما يقدمه الابوان من اراء حول طفلهما. فقد يقدم الابوان صورة شخصية متحيزة عن ابنهما يصعب التجرد عنها. وما يقدمه الاخرون من المحيطين بالطفل من معلومات ربما تختلف قليلا او كثيرا عما يقدمه الابوان عن طفلهما (هربرت، 1980). وللطفل ايضا وجهة نظر في ما يعانيه من مشكلات. ولابد ازاء ذلك من التحدث مع الطفل واخذ فكرة منه عن مصاعبه ومتاعبه وعن حبه وكرهه للمحيطين به ورأيه بهم. وعن العابه واشيائه ولوازمه وما يحب منها وما يكره. وللمحيطين بالطفل لهم اراؤهم الخاصة به ومن الضروري اخذ المعلومات منهم عن حالة الطفل والاستفسار منهم عن احواله وسلوكه وايجابياته وسلبياته والتي تعتبر ضرورية على ضوء المعلومات التي اشار اليها الوالدان والطفل نفسه من اجل تكوين صورة واضحة عن حالة الطفل والاعراض المرضية التي يعاني منها.

وهناك العديد من الاختبارات التشخيصية المقننة التي يمكن استخدامها من اجل التعرف على حالة الطفل وقدراته العقلية وسماته الشخصية وما يعانيه من اضطرابات نفسية مختلفة. والتي يمكن ان تقدم فكرة واضحة عن حالة الطفل النفسية مثل اختبارات الذكاء المقننة واختبارات الشخصية والتوافق وغيرها. ويمكن للطبيب المختص بفحص حالة الطفل من اجراء المخططات الدماغية اللازمة لدراسة المشكلات التي يعاني منها. والتي اصبحت تستخدم على نطاق واسع للكشف عن العديد من المشكلات مثل سلوك الانحراف والكذب والسرقة وغيرها. وقد يقوم الطبيب كذلك باجراء التحاليل المخبرية الحيوية والشعاعية للكشف عن الامراض النفسية او الامراض المسببة لها. وبعض هذه التحاليل يمكنها الكشف عن نقص بعض العناصر التي يسبب نقصها اضطرابات نفسية كالليثيوم والفيتامينات والكشف عن الاورام والنزيف في الدماغ.

2: 3 الاضطرابات النفسية المرافقة للامراض العضوية والالتهابية

يوجد العديد من الامراض الالتهابية خاصة تلك التي تؤدي الى ارتفاع في درجات الحرارة، فتسبب حالات من الهتر والاختلاط، وصعوبة الفهم والاضطرابات العصبية في السمع والبصر والشم. ويلاحظ على الطفل المصاب بتلك الامراض الخوف والرعب الشديد والنطق بكلمات غير مفهومة. وقد يقوم بحركات ونوبات انفعالية وهلاوس سمعية وبصرية. ثم بعد ذلك يميل الى النعاس والنوم. واكثر الامراض التي تصيب الاطفال من هذا النوع هي التهاب السحايا والملاريا والحمى التيفية. وقد تحدث هذه الامراض تسمما بمركبات الرصاص والزرنيخ او التسمم بالبروموررات عند المعالجة بها.

2: 3: 1 الاضطرابات النفسية المرافقة لالتهاب السحايا:

يطلق التهاب السحايا بالمكورات السحائية على الحالات الالتهابية الناتجة عن الاصابة بتلك المكورات. والتي تكون في بداية الامر في الانف والبلعوم. ثم تنتقل الى

مجرى الدم والدورة الدموية لتستقر في السحايا والدماغ. (الحلبي، 2000). وتنتقل عدوى المرض بالسعال والعطاس من الاشخاص الحاملين للجرثومة. كما يساعد الازدحام وسوء التغذية والتعب في انتشار المرض بين الناس. ويمكن ان يحمل الشخص الجرثومة عدة اسابيع قبل ان يظهر عليه المرض.

تظهر اعراض المرض السحايا في التهاب اللوزتين والبلعوم واحمرار العين والزكام. وتبدو على المصاب عند انتشار الجرثومة في الدم الوعكة والتعب العام وارتفاع الحرارة والتعرق والصداع والام المفاصل. واضطرابات عصبية على شكل رجفات عضلات الوجه. وتشنج عضلات اليدين والقدمين واللسان واضطراب المنعكسات الوترية واتساع حدقة العين وضعف عضلاتها. ثم تظهر الاضطرابات النفسية على شكل هلاوس وهترات وعدم اهتداء وفي حالات كثيرة يصبح المصاب كثير العنف والصخب.

يمكن شفاء المريض من معظم الاصابات بالعلاج بمضادات التدرن كالريفامبين والايزوينازيد ويعود الى حالته الطبيعية . ولكن قد يترك المرض بعض الاضرار في مواضع معينة خاصة في وظائف السمع والنطق والاطراف. وقد يؤدي الى النقص العقلي، والاكتئاب وعدم القدرة على الحفظ والتذكر.

2: 3: 2 التهاب الدماغ الوافد (النومي):

انتشر هذا المرض في رومانيا عام 1915 وسمي بالتهاب الدماغ النومي Epidemic encephalitis (Lethargic) ثم انتشر في الولايات المتحدة الامريكية عام 1919 وسبب الاصابة بهذا المرض حمى راشحة تنتقل بالطرق المباشرة او غير المباشرة. وقد تصيب الشخص وهو في سن الرابعة من العمر فتؤدي الى توقف الذكاء او تناقصه. وتستقر جرثومته في القشرة الدماغية وتحت السرير البصري وفي الاعصاب المحيطية وفي النوبات القاعدية في الدماغ. اما اعراض هذا المرض فتختلف فيما اذا كانت الاصابة بشكلها الحاد او بالشكل المزمن:

ففي الشكل الحاد: يظهر على المصاب اضطرابات جسمية وعقلية وسلوكية حادة. ويظهر المرض عند الطفل اما بالشكل النومي فيترافق بشلل في العضلات العينية ويبدو على الطفل النعاس ثم النوم الذي يستمر عدة ايام او اسابيع. وان تم ايقاظ الطفل فانه يعود للنوم ثم يظهر عليه الذهول والغيبوبة وبطء التفكير وضعف الوعي. ويؤدي الى فقدان السمع او البصر وقد يفقد الذاكرة. أو بالشكل التهيجي فيظهر على المصاب زيادة التنبيه وسرعة التهيج والارق ونوبات الصرع الموضعية او المتعممة في كل اعضاء الجسم. كما يظهر على المصاب الرجفان والارتجاجات العضلية المختلفة والحركات الرقصية.

وفي الشكل المزمن: وهو يصيب الاطفال والبالغين ممن نجا من الاصابة الحادة. ويظهر على هؤلاء اعراض الرجفانات واضطراب في النبض والتنفس واللهاث والتثاؤب المتكرر وتشنجات العين ونوبات الصرع وقد يصاب الطفل بالبدانة والغيبوبة.

ويبدو على المصابين في الحالتين الحاد والمزمن بتوقف الذكاء وتناقصه بشكل تدريجي ونقص في الانتباه وخمود او قلق او عدم استقرار او انطواء وشرود. كما تظهر عليه اضطرابات في السلوك: مثل السرقة والكذب والقسوة على اخوته وعلى الحيوان. والرغبة في الهروب والتشرد. كما يظهر عليه احيانا نضوج جنسي مبكر ومظاهر انفعالية مفرطة.

ويمكن معالجة هذا المرض بالترامايسين او الاكرومايسين والامفنيامين كما يمكن تناول الايزوينازيد والتريبتومايسين في العلاج.

2: 3: 3 الاضطرابات النفسية العصبية المرافقة لاورام الدماغ:

يصيب هذا المرض الشخص باضطراب عصبي واضطراب في السلوك. وتشويش في خبراته العقلية والحركية بسبب الورم في الدماغ. وتبدأ اعراض الاضطرابات العصبية النفسية المرافقة لأورام الدماغ عند الطفل بفقد اهتمامه بالاعمال المدرسية. والنسيان واضطراب في الذاكرة. ويمنع هذا المرض من التطور المؤدي الى نمو الدماغ ويتلف المادة العضوية فيه.

ويلاحظ على المصاب بهذا المرض الهلاوس السمعية فيسمع اصوات رنين او صفير او ضجيج وفي بعض الحالات يسمع اصواتا تتكلم بصورة واضحة مما يزيد من اضطرابه الانفعالي وتبدو عليه المخاوف. خاصة المخاوف الليلية والبكاء والحزن والانزواء واللامبالاة. واشتداد الصداع، وصعوبة في الكلام وتكرار الكلمات وعجز في الكتابة. ويمكن الكشف عن اورام الدماغ بواسطة التصوير الاشعاعي للجمجمة والتخطيط الكهربائي للدماغ. هذا، ويمكن معالجة المصاب باستئصال الورم جراحيا بالسرعة الممكنة واعطاء الأدوية المقوية والفيتامينات.

2: 3: 4 متلازمة باركنسون Parkinson's syndrome:

يقصد بمرض باركنسون علة تؤدي الى تظاهرات مرضية نفسية تبدو بالكآبة والجمود والبله وصعوبة في النطق والعجز النفسي بالاضافة الى الاضطرابات العضلية العصبية. ومن الاعراض الجسمية لهذا المرض: الرجفان في عضلات النهايات خاصة في اليدين او احداهما، والتصلب العضلي ويبوستها فيتحدب الظهر وينعطف الرأس ويميل القسم العلوي من الجسم الى الامام ويلتصق العضدان بشدة على الصدر. ونقص

في الشهية للطعام بالاضافة الى صعوبة تناول الطعام بسبب الاصابة بتشنجات عضلات الفكين ورجفان اللسان. اما الاعراض النفسية فتبدو على المصاب الكآبة، وصعوبة في الكلام والنطق والحركة ، والبله، وشرود في الذهن.

ويعاني المصابون في هذا المرض من قصر العمر فيموتون في الغالب مبكرا نتيجة الاصابة ببعض الاختلاطات الالتهابية كالسل والتهابات الرئة ونقص في التغذية. ويقوم الاطباء عادة باعطائه دواء السكوبولامين او الجينوسكوبولامين لتخفيف من حدة الاعراض التي يعاني منها المصاب في هذا المرض.

2: 3 : 5 المتلازمات الرقصية (مرض سيدنهام):

يعتبر هذا المرض نتاج الحمى الجرثومية نتيجة حدوث التهاب في القشرة الدماغية. ويصيب هذا المرض الاطفال ما بين سن 6 – 12 سنة خاصة الاناث منهم. ويترافق معه اصابة القلب والتهاب المفاصل الرئوية. ومن اعراضه اصابة الطفل بالتعب والقرفصة وازرقاق في الاصابع والشفتين ونقص في نمو الطفل، وعدم الاستقرار الانفعالي، وشدة الحساسية وسرعة التهيج والبكاء مع الاصابة بالأرق والمخاوف الليلية والاحلام المزعجة، والمشي اثناء النوم. كما تبدو عليه الاعراض الرقصية باضطراب خطاه عند المشي وظهور حركات غير ارادية في طرفيه العلويين خاصة في الكتف على شكل رعشة او رجفة. ويفقد توازنه وقد يقع من سريره وهو نائم.

ومع التقدم في المرض تظهر عليه حركات غير منتظمة في العنق والفم والجفون والرقبة واضطراب الكلام واللجلجة في الحديث. وفي هذا النوع من المرض، يقوم الاطباء عادة باعطائه مركب البيرين مثل البيروزوليدين والثورازين، ويعطى في بعض الحالات الكورتزون ومشتقاته.

2: 3: 6 شلل القشرة الدماغية:

يقصد بشلل القشرة الدماغية الى الشلل التشنجي لعضلات الجسم يرافقه عجز في التحكم في الحركات الارادية العادية. وغالبا ما يتواجد هذا المرض عند الاطفال الذين يولدون قبل اكتمال فترة الحمل. الا ان هذا المرض لا يظهر الا بعد مرور عدة اشهر من ولادة الطفل حيث تظهر عليه علامات العجز في عدم القدرة على الجلوس او رفع الرأس. وصعوبة البلع ورفض الرضاعة. وقد يؤدي هذا المرض مع التقدم في العمر الى ظهور اضطرابات نفسية واضحة وعاهات جسمية مرافقة للمرض. مما يؤثر على مستوى تكيفه في البيئة.

ويمكن معالجة هذا المرض باعطاء المصاب مركبات ساليسيلات الصوديوم والاسبرين وزمرة فيتامين (ب) المركب. ةاذا تم تشخيص الحالة مبكرا فيعطى المصاب الامبيسلين بكميات مناسبة.

2: 3: 7 الصرع عقب المرض:

الصرع مرض نفسي عرف منذ القدم حيث ظهر في كتابات المصريين القدماء، كما وجدت اثاره في كتاباتهم وصورهم القديمة. واشارت كتب التاريخ الى ان ابو قراط كتاب عنه على انه بفعل الارواح الشريرة الخبيثة، وسماه جالينوس بالمرض الالهي. وقال بأنه علة تحدث في الرأس.



والصرع Epilepsy يعني السقوط على الارض. ويقال في اللغة صرعه اي بمعنى طرحه ارضا. ومن الناحية الطبية فالصرع يشير الى مجموعة الارتكاسات الناتجة عن اختلال متكرر للفعالية الكهربائية الفيزيائية والكيميائية لخلايا الدماغ.

وتعود اسباب هذا المرض الى وجود اختلال في الفعالية الكهربائية الفيزيائية الكيميائية لخلايا الدماغ ناتجة عن وجود آفات دماغية عصبية ينتج عنها التغير في المخطط الدماغي الكهربائي. مما يؤدي الى اضطراب الوعي واضطراب الجملة العصبية النباتية وظهور الحركات الاختلاجية التالية للسقوط (الحلبي، 2000). ويعزو بعض الاطباء المرض الاساسي للصرع الاساسي وجود تشوه خلقي وراثي في الجملة العصبية المركزية كالتنكس الدماغي المبقع ، وفقد التصنع الدماغي والتصلب الدماغي. وان (60%) من الاباء المصابين بالصرع يبدون تغيرات في المخطط الدماغي الكهربائي وان (2.4%) منهم مصابون بصرع سريري واضح.

هناك اربعة اشكال من الصرع هي:

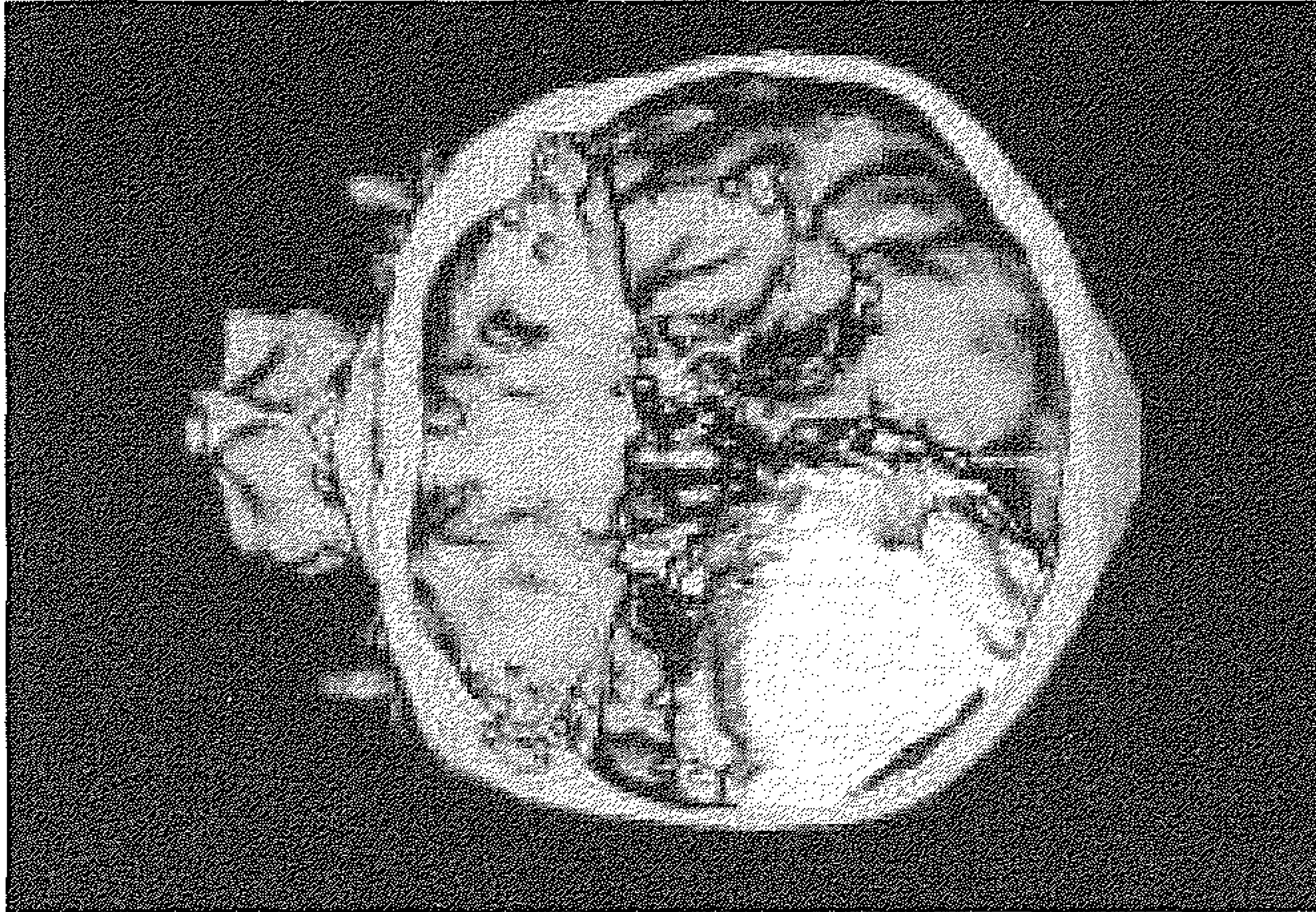
أولا: الداء الكبير:

تعتبر هذه الحالة من اشد حالات هذا المرض، بحيث تتكرر فيه نوبات الصرع تبدأ بشعور المريض قبل نوبة الصرع بخدر او تنميل او وخز مزعج او حس ضيق في

احد اعضاء جسمه وقد تبدو في كل مرة تخيلات تتكرر على شكل رؤية اشباح وارواح احد الاقارب من الموتى او رؤية برق او وهج شديد. كما قد يشعر بانبعاث رائحة خاصة مميزة لديه او احساس بطعم كريه في فمه. وبعض المرضى يدرك قرب حدوث نوبة الصرع فيبتعد عن السقوط في الاماكن الخطيرة. الا ان اكثر المرضى لا يستطيعون فعل ذلك نتيجة حدوث نوبة الصرع بشكل فجائي. وعند حدوث نوبة الصرع يشهق الطفل بصوت عال نتيجة تقلص عضلات الحنجرة المفاجىء مع تقلص عضلات الصدر تستمر لفترة لا تزيد عن (20) ثانية يبدو فيها وجه الطفل مزرقا. ويتوقف تنفسه وقد يتبول على نفسه. وعقب ذلك يأخذ الطفل في سبات عميق يستمر فترة تزيد عن ربع ساعة. وقد ينام لعدة ساعات. وعندما يستيقظ من نومه يشعر بالتعب والالام في جسمه واختلال في التفكير دون ان يعي اي شيء مما حدث له.

ثانيا: الداء الصغير :

تتميز هذه الحالة باضطراب وعي الطفل لفترة قصيرة تستمر معه لبضع ثوان او دقائق ثم يعود الى وعيه بشكل فجائي، فتظهر عليه حركات في الجفنين والحاجبين او الرأس وقد يسقط ما بيده من حاجات ثم يعود الى عمله او لعبه بشكل اعتيادي. وتتكرر هذه النوبة معه عدة مرات في اليوم الواحد وقد تتكرر حتى مئة مرة في اليوم الواحد بشكل نادر. ولا تؤثر هذه النوبة على النمو العقلي والجسمي للطفل ثم تتوقف فجأة ولا تعود مطلقا.



ثالثا: الأعدال الصرعية:

تتميز هذه الحالة بحركات تبدو وكأنها مقصودة تترافق في بعض الحالات باضطراب انفعالي ومخاوف ليلية ونوبات الغضب او الخجل والانزواء. واحساس بالرهبة والخوف.

رابعا: نوبات الوسن والانهيارات العصبية:

تمثل هذه الحالة احد اشكال الصرع البسيطة والتي تحدث في الغالب بعد اصابة الطفل بالتهاب في دماغه الوافد. تتميز برغبة جامحة للطفل الى النوم المفاجىء اثر غضب او فرحة وضحكة وقد يفقد القدرة على الكلام.

وفي التخطيط الكهربائي لدماغ المصاب يكون نظم موجات الدماغ وتواترها مضطربا بصورة عامة وتكون بؤرية وموضعة حسب الآفة في الصرع في شكل الداء الكبير. كما يلاحظ وجود ذرى منتشرة وامواج حادة اما في الداء الصغير فنجد في التخطيط الكهربائي لدماغ المصاب موجة يتبعها ذروة. وفي الاعدال الصرعية يبدو ارتفاع الفولتاج الكهربائي وبطء الموجات (8-4/ث). وفي نوبات الوسن والانهيارات العصبية يكون المخطط طبيعيا (Sue, Sue, & Sue, 2003).

2: 3: 8 التأخر العقلي الصرعي

غالبا ما تضطرب شخصية الطفل عند اصابته بمرض ما او ضربة في جمجمته فيظهر عليه احد اشكال التأخر العقلي. خاصة اذا كانت الاصابة على الرأس. ومن الاعراض التي يصاب بها الطفل نقص في تقبله المعلومات. حيث يبذل الاباء والمعلمون جهودا مضاعفة في تدريس الاطفال. ويبدو على الطفل المصاب اضطراب الذاكرة وبطء الارتكاس وعدم القدرة على التوافق واهمال في القيم الاجتماعية التي كان قد تعود عليها. كما تظهر عليه العبية والتخريب ومعاكسة الرفاق والاعتداء عليهم. ويظهر عليه حالات الصرع

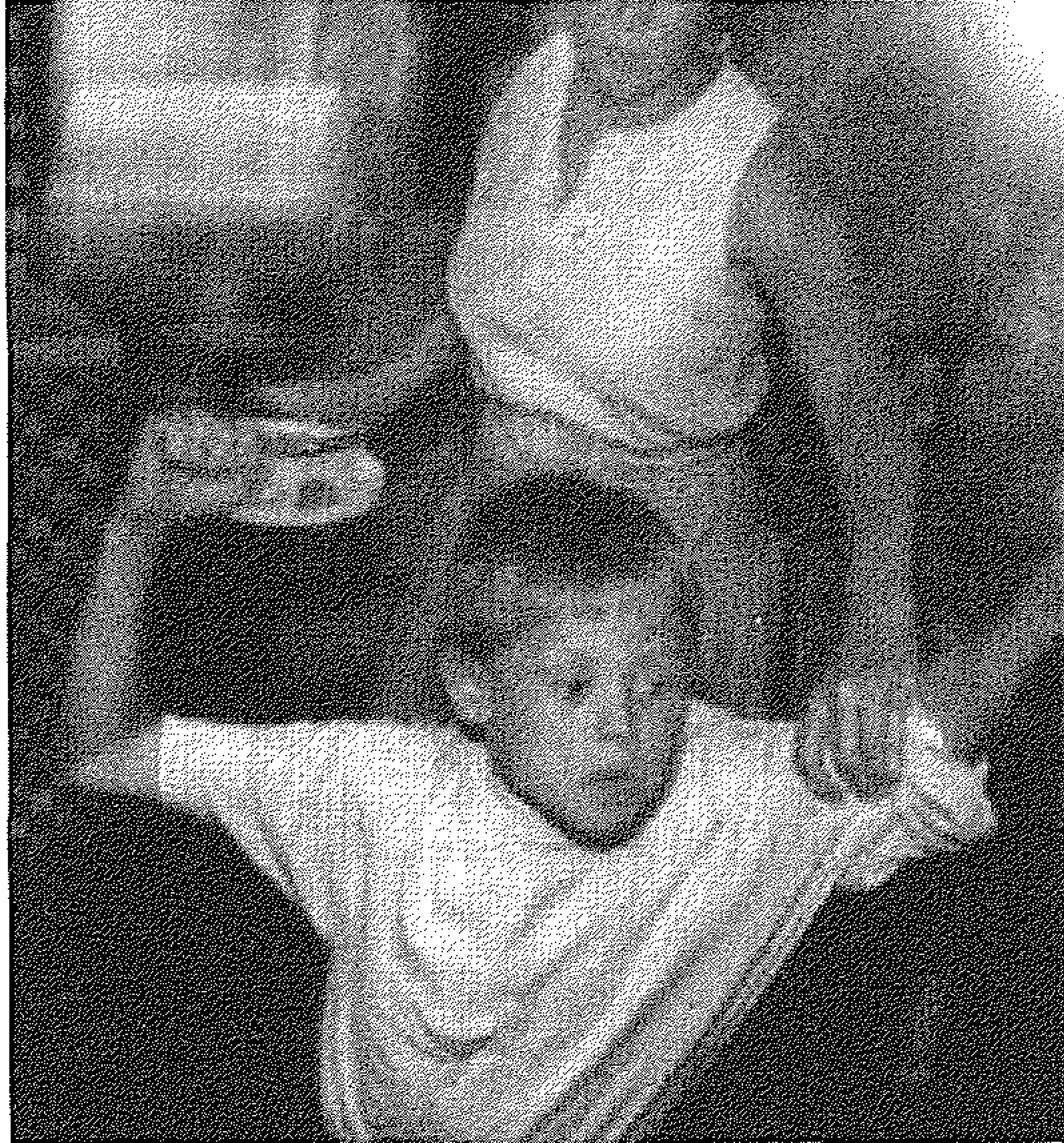
2: 3: 9 النفاسات عقب المرض والصرع الاساسي:

عند اصابة الطفل برضوض وجروح أو كسور جراء اصابته بحدث او سقوط أو صدمة. فانه تظهر لديه بعض الاضطرابات النفسية التي يطلق عليها النفاسات عقب الرضة Posttraumatic psychoses مما يؤدي بالمصاب الى ظهور تأخر عقلي لديه ونقص في الذاكرة وعدم القدرة على الاستيعاب والنسيان والخجل والانزواء. ويعزو الاخصائيون هذه الاضطرابات الى اصابة الجهاز العصبي المركزي في المخ بسبب حدوث نزيف في الام الجافية المغلفة لدماغ الطفل، وحدوث خثرات تضغط على دماغه. وقد يصاب الجنين بالنزيف او اثناء الولادة نتيجة الصدمات اوالرضوض التي يتعرض لها جدار بطن الام الحامل واصابة رأس الجنين اثناء الحمل.

2: 3: 10 الهستيريا Hysteria:

الهستيريا سلوك ارتكاسي يظهر عند الطفل على شكل انفعالات حادة متكررة بهدف الحصول على كسب حقيقي او متخيل يرغب به. ويكون للوراثة والثقافة السيئة

وفوضى الوسط العائلي ووسائل الاعلام المرئية والسمعية دور كبير في ظهور هذا المرض.



وللهستيريا اعراض كثيرة ومختلفة يمكن تحديدها بحسب حاجة الطفل ورغباته. ويلاحظ على المصاب بهذا المرض انانيته وكذبه وقدرته على التصنع وتغيير سلوكه حسب حاجته. ويكون نومه مضطربا ويرى احلاما مزعجة ويعاني من مخاوف ليلية وهواجس وسلس التبول. ونقص في الحس واضطراب في اجزاء من جسمه ويعاني من الصداع والتعب والقيء ونقص في الشهية وبالسعال التشنجي.

وفي سن المراهقة يحدث لدى المصاب بهذا المرض التوقف عن الدراسة والاشتغال باعمال لا يرغب بها كالتجارة والخياطة. وقد يصاب بالمغص الوظيفي Functional crampe واضطراب في بعض عضلات جسمه تظهر على شكل حركات دفاعية مقصودة لتجنب العمل الذي لا يرغب به.

ويمكن معالجة المصاب باشغاله في التمارين الرياضية والالعاب وابعاده عن الاوساط المشجعة للنوبة الهرعية.

2: 4 اضطرابات التغذية

يعتبر تناول الطفل للطعام والتمتع به من الدلائل التي تشير الى الصحة الجسمية والنفسية. فالاضطرابات المتعلقة بالأكل تتسم بتغيرات نفسية وسلوكية تجاه الطعام. مما يحدث اضطرابا تؤثر على شهية الطفل للأكل. وتحدث بالتالي عادات سلوكية غير مرغوب فيها. مثل حالات التقيؤ أو ترجيع الطعام (الشربيني، 2001).

ووفقا للتصنيف الاحصائي الدولي للامراض والمشكلات الصحية في طبعته العاشرة عام 1992 - ICD-10 فان اضطرابات التغذية عبارة عن اضطراب غذائي ذو مظاهر متنوعة. تشمل رفض الطعام والافراط الطارىء في الطعام. وقد يكون اضطراب التغذية مصحوبا باجترار الطعام Rumination (الترجيح المتكرر Regurgitation) للطعام من المعدة مع عدم وجود ميل للقيء او اي مرض معوي.

وطبقا للتصنيف الدولي العاشر للامراض فان اضطرابات التغذية تتمثل في الاخفاق المستديم في تناول الطعام بدرجة كافية او الاجترار المستديم للطعام. وفشل في المحافظة على وزنه او اظهار بعض مشكلات صحية ذات شأن لمدة شهر على الأقل. والتعرض للاضطراب قبل سن السادسة. كما انه لا يوجد دليل على وجود مرض عضوي كاف لتعليل سبب الاخفاق او الاضطراب في تناول الطعام.

2: 4: 1 مشكلات الرضاعة:

تؤكد مدارس علم النفس المختلفة على اهمية الرضاعة في تشكيل شخصية الطفل. فقد اطلق فرويد على هذه المرحلة بالمرحلة الفمية والتي يتلقى فيها الطفل الغذاء والحب عن طريق فمه الذي يعتبر المركز الاساسي الذي تدور حوله انفعالاته واتجاهاته الاولى نحو الحياة.

وقد اشار الباحثون الى عدد من العوامل التي تؤثر في اختيار الام لأسلوب تغذية رضيعها. ومن الامهات من يمنحن الطفل امومة دافئة فيتميزن بالمرونة في تغذية وارضاع الطفل. ومنهن من يتميزن بشخصية وسواسية فيتبعن نظاما صارما وفقا لجدول لا تحيد الام عنه. وفريق ثالث من الامهات اللواتي يتميزن بالنرجسيات فيفضلن الرضاعة الصناعية حتى لا تتشوه قوامهن.

وقد يرفض بعض الاطفال **التقاط الثدي** اذا اعطي له. وبالتالي فان الحاجة الى تنبيه الطفل حتى يعود الى الرضاعة. وقد تتخذ الاستجابة احيانا شكل فقدان مشاعر الجوع سريعا. خاصة اذا تم تقديم الثدي للطفل بعد فترة طويلة من الولادة. او اذا كان ثدي الام يضغط على انف الطفل الرضيع ويسبب له صعوبة في التنفس. ولا يستطيع ان يبلع ويتنفس في آن واحد. وقد يشعر الرضيع بعدم ارتياح الام وهدوئها. او ان الرضيع لا يحصل على قدر كاف من اللبن وربما يكون التركيب الكيماوي للبن يؤدي الى صعوبات كالمغص او تقلص معدته. وفي مثل هذه الحالات فان الطفل يمتنع عن الرضاعة ويرفض الثدي. وقد ينتاب بعض الاطفال **النوم اثناء الرضاعة** دون ان يأخذوا قسطا كافيا من الغذاء. بالنظر الى حاجة الطفل الى الراحة اذا كان مجهدا او عدم حاجته الى الغذاء. فيترك ثدي امه لينام. وبمجرد ايقاظه تحاول الام اعطاءه الثدي فيلتقطه اذا كان جائعا. وقد يقوم الطفل **بعض حلمة الثدي** اثناء الرضاعة نظرا لشعوره بألم الفكين لاسباب فسيولوجية او كبداية لظهور الاسنان. وربما يكون العض رد فعل انعكاسي طبيعي. وقد تكون **كمية اللبن** التي يفرزها الثدي غير كافية لاشباع الرضيع فيستمر في المص دون جدوى ويظل جائعا. مما يتسبب عنه نقص في وزن الطفل قياسا لعمره.

2: 4: 2 مشكلات الفطام:

نعني بالفطام Weaning منع الثدي عن الطفل. ومن الناحية الانفعالية تدريب الطفل عن الانفصال عن الام وجعله مستقلا في غذائه عن الثدي. وتتخذ الامهات اشكالا متعددة يتبعنها في عملية الفطام:

فقد **تتدرج الام في الفطام** بدءا من الشهر السادس وذلك باستبدال رضعة من رضعات الطفل بطعام خارجي آخر وتزداد نسبة هذا النوع من الطعام بزيادة عمر الطفل. وقد تلجأ بعض الامهات الى **فطام الطفل مبكرا حفاظا على صحتهن ورشاقتهن.** وقد اثبتت الدراسات الى ان اشد اضطراب ينتج عن عملية الفطام التام هو الذي يحدث مبكرا. (صادق وابو حطب، 1999). وقد تلجأ بعض الامهات الى فطام الطفل فجأة بعد ان يكون قد نمى عادة قوية ثابتة للحصول على الطعام عن طريق الامتصاص. مما يخلق موقفا صراعيا عنيفا في الطفل لسببين:

- **اولهما:** انه يعني انتقال الطفل فجأة من لون من الطعام مرغوب فيه وعادة قوية في تناوله الى لون آخر او طريقة اخرى لم يتعلمها الطفل بعد.
- **وثانيهما:** ان الفطام المفاجيء يعني فصما للعلاقة الوجدانية مع الام. في وقت هو في اشد الحاجة اليها مما يحدث له صدمة نفسية تترك اثارها في نموه النفسي مستقبلا. (اسماعيل، 1989)

وبعض الامهات يتبعن **اساليب منفرة للفطام** كضرب الطفل اذا اصر على تناول الثدي او وضع مادة مرة المذاق على الثدي (كالصبار مثلا) وهذا من شأنه ان يحدث صراعا عند الطفل. ويخلق لديه قلقا واضطرابا انفعاليا. وقد تلجأ بعض الامهات الى تأجيل فطام الطفل الى ما بعد العامين من باب تدليل الطفل، وظنا منهن ان استمرار الرضاعة يمنع الحمل. مما ينعكس ذلك على شخصية الطفل ويؤدي الى تثبيت العادات الطفلية لديه عندما يكبر.

2: 4: 3 فقدان الشهية

لاضطرابات الأكل أشكال متعددة: فقد تظهر حالة **فقدان الشهية** عند الطفل في صور مختلفة من ابرزها: انعدام الرغبة في تناول الطعام، التأفف من الطعام، العزوف عن اغلب أصناف الطعام. وتنتشر حالات فقدان الشهية في الأسر ذات المستويات الثقافية والاقتصادية المرتفعة. وتصيب الإناث في غالبية الأحوال أكثر من الذكور. وتبلغ نسبة فقدان الشهية عند الذكور 1 - 20 تقريبا مقارنة بينهم وبين الإناث.

ولفقدان الشهية عدة اسباب كأن يعاني الطفل من أمراض في الفم أو الأسنان، أو التهاب اللوزتين، أو الإمساك وسوء الهضم **(أسباب جسمية)**. وقد يفقد الطفل شهيته نتيجة الخوف والقلق والغضب والحزن أو فقدانه الشعور بالأمن **(أسباب نفسية)**. وقد نجد فقدان الشهية هذه لدى الأطفال الذين يفقدون أحد والديهم او انفصاله عن أحدهما. وبعض الأطفال يفقد شهيته في الأكل نتيجة اشمئزازه من أفكار او شائعات حول الطعام

او بعض أنواعه او طريقة إعداده او نتيجة تعرض الطفل نفسه لخبرات غير سارة مع نوع معين من الأكل.

وكثيرا ما يتأثر الأطفال مما تنشره وسائل الإعلام من ان المرأة النحيفة مثال جيد للجمال والرشاقة. مما يجعل بعض الأطفال خاصة ممن هم في سن الطفولة الوسطى. (6 - 9 سنوات) الى اتخاذ نوع قاس من الرجيم. وعدم الرغبة في الأكل. ويقعون إزاء هذا الموقف في خوف شديد من الأكل وكل ما يؤدي إلى زيادة أوزانهم (**أسباب ثقافية اجتماعية**).

2: 5 اضطرابات الاخراج:

2: 5: 1 التبول اللا إرادي

يظهر التبول على الملابس في عدم قدرة الطفل على السيطرة على مثانته. فلا يستطيع التحكم في انسياب البول. ويشير إليه علماء النفس على انه حالة انسكاب البول بشكل لا إرادي ليلا أو نهارا أو ليلا ونهارا معا خاصة عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 3 – 4 سنوات وهو السن الذي يتوقع عنده التحكم بالتبول دون ان يكون هناك سبب عضوي خلف ذلك.

هناك أشكال متعددة للتبول اللاإرادي:

فعند ولادة الطفل، فانه لا يتمكن من ضبط التبول، ربما لعدم الوصول الى مرحلة من النضج العضوي. وهذا النوع من التبول الأكثر انتشارا بين الأطفال وتصل نسبة انتشاره إلى 86% تقريبا في المتوسط بين حالات التبول اللاإرادي. كما ان دور العامل النفسي في هذا النوع من التبول ضئيل جدا مقارنة بالعامل العضوي. ويصل الطفل في مرحلة من عمره إلى التحكم في عملية التبول بشكل جيد ويبقى كذلك لفترة زمنية قصيرة تتراوح بين ستة شهور وسنة كاملة يعود بعدها للتبول اللاارادي من جديد نتيجة ظروف اسرية وبيئية محيطة تترك آثارها على نفسية الطفل (**التبول اللاإرادي الانتكاسي المؤقت Relapse**).

وقد يتبول الطفل ليلا بشكل لا إرادي نتيجة حلم من نوع ما يحدث لهم (**التبول اللاإرادي الليلي Nocturnal**) كأن يحلم الطفل أنه يستحم في بانيو أو يلعب في البحر أو انه داخل دورة مياه أو غير ذلك. ويحدث التبول في هذه الحالة دون شعور الطفل بوقت حدوثه. الا انه يتذكر في الغالب الأحداث التي مرت بالحلم وأدت الى هذا التبول. وتصل نسبة حالات التبول اللاإرادي الليلي بين الأطفال الى 66 % تقريبا.

ويطلق **التبول اللاإرادي النهاري Diurnal** على الأطفال الذين يتبولون لا اراديا خلال ساعات اليقظة. والأطفال الذين يحدثون هذا النوع من التبول تبدو عليهم حالات ارتباك وخجل نتيجة ظهورهم بهذا الوضع وأثناء حدوثه. ويظهر هذا النوع من التبول في السنوات الأولى من بداية مرحلة الدراسة. وتترواح نسبة انتشار التبول اللاإرادي النهاري بين الأطفال بين 2.5 – 5%.

كما يطلق **التبول اللاإرادي الليلي – النهاري Nocturnal - Diurnal** على الأطفال الذين يتبولون لا إراديا في الليل. وفي النهار. وتصل نسبة حالات التبول من هذا النوع الى ما يقرب من ثلث حالات التبول اللاإرادي.

ويظهر **التبول اللاإرادي العرضي المزمن Chronicle** في تكرار حالات التبول اللاإرادي بشكل غير مألوف عند الطفل وانتكاسية حالة الطفل بعد شفاء مؤقت له. وتزداد حالات التبول هذه بعد فشل العلاج الدوائي والنفسي والإرشادي السلوكي له. كما تزداد أنماط السلوك غير السوي بالنسبة له. نتيجة تعرضه لاضطرابات نفسية وعضوية حيث يكون للصدمات التي يتعرض لها سبب مباشر لهذا النوع من التبول اللاإرادي.

ويحدث **التبول اللاإرادي المرافق للأحداث Episodic** لدى بعض الأطفال في مناسبات محددة. مثل سفر الوالدين أو أحدهما بدون وجود الطفل معه أو معهما. أو الاحتفال بعيد ميلاد أخيه الأصغر .. أو غير ذلك من الأسباب المحيطة به. وفي **التبول اللاإرادي غير المنتظم** يقوم به الطفل على فترات متقطعة أو متباعدة حيث يرتبط هذا النوع من التبول بأحداث اليوم أو الليلة التي حدثت فيها حالة التبول اللاإرادي.

2: 5: 1 سلس التغوط (الغائط) Encopresis

يشير سلس التغوط أو الغائط الى عدم قدرة الطفل على السيطرة على الغائط بعد العمر الذي يعتبر فيه الطفل قادرا على ضبط نفسه. ضمن الفئة العمرية من 3 - 4 سنوات. وذلك في مواقف وأماكن ليست مناسبة للقيام بذلك. مع الأخذ بعين الاعتبار عدم وجود أسباب عضوية ظاهرة عند الطفل. ودون احساس الطفل بالغائط.

لسلس التغوط اشكال عديدة. فيظهر التغوط الأولى Primary عند الأطفال الذين لم يسبق لهم التحكم بشكل نهائي بالغائط وضبطه لمدة عام على اقل تقدير. ويظهر **التغوط الثانوي Secondary** عند الأطفال الذين سبق وأن تحكموا بالغائط وضبطوه لفترة زمنية لا تقل عن عام.

هناك عدة عوامل تؤدي بالأطفال الى سلس التبول **حيث تشير العوامل النفسية:** كالشعور بالغيرة، المصاحب لولادة شقيق آخر له، أو الانفصال عن أحد أبويه أو كليهما.

أو عوامل ناتجة عن التدريب المبكر لضبط الطفل. وما يصاحبه من قسوة الوالدين المرتبط بالعقاب البدني. وقد يعود سبب سلس الغائط الى عدوانية الطفل وتثبيته على المرحلة الشرجية. أو يرجعونه الى الفصام الطفولي. وقد تكون أساليب التنشئة كالقسوة والحماية الزائدة سببا في سلسل الغائط. كما يلعب التذبذب في تدريب الطفل لعدد من أنماط السلوك المرغوب من قبل الوالدين دورا في إحداث سلس الغائط.

ومن العوامل العضوية إصابة الطفل بمرض هرشبرنج Hirschsprung Disease : الذي يصيب الأمعاء الغليظة ويسبب الإمساك. ومن ثم خروج الغائط لا إراديا. وقد يعود سبب سلسل الغائط إلى الإمساك فترة زمنية طويلة ويحدث بعد ذلك فيض من الغائط. Overflow incontinence. وقد يعود سبب سلس الغائط نتيجة نقص في ذكاء الطفل أو إعاقة عقلية لديه (**عوامل عقلية**).

6 :2 اضطرابات النوم Sleep disorders:

عزيزي الدارس: مر معك ان اضطرابات النوم حالة من انعدام الفعالية في النوم أو السبات. تقترن عادة بفقدان الوعي المؤقت. وانخفاض مستوى الشعور بالمؤثرات المحيطة. وان اضطرابات النوم انواع عدة. منها اضطراب إيقاع النوم Dyssomnias ويتمثل في كمية النوم وكيفيته ومدته أو توقيته.ومثال ذلك الأرق Insomnia: ونعني به عدم القدرة على الحصول على النوم الكافي. وإفراط النوم حيث تبدو على الطفل خمول واضح ويميل الى النوم لساعات طويلة في النهار بالإضافة لنومه الاعتيادي في الليل. ولاضطراب النوم اسباب نفسية كوسيلة هروب من التوترات الحياتية. **وأسباب عضوية:** فقد ينام الطفل كثيرا نتيجة الإرهاق او الإنهاك الجسدي الذي ينتج عادة عن النشاط الزائد خلال النهار. أو قلة النوم أثناء الليل. وقد يكون هناك **مخلات للنوم Parasomnias** المتمثلة في احداث غير طبيعية عند العتبة الفارقة بين اليقظة والنوم أو أثناء النوم. مثال ذلك: أن يصاب الطفل بالكابوس والمشي ورعب الليل وغير ذلك.

وللتغلب على اضطراب النوم فانه يمكنك اتباع الطرق التالية في علاج اضطرابات النوم عند الطفل وهي كما يلي (بشناق، 2001):

- وضع جدول زمني لنوم الطفل والتأكد من التزام الطفل بذلك. وهذا يعني ان يذهب الى الفراش. ويستيقظ في الموعد المحدد نفسه. ولا بأس من استخدام ساعة منبه. ومن المفضل تجنب النوم نهارا خاصة بالنسبة للأطفال الكبار.
- ان يسبق النوم نشاطات هادئة تبعث على الاسترخاء. مثل القراءة. كما ان حماما ساخنا قبل النوم يساعد على الاسترخاء. او استخدام اشرطة كاسيت تبعث على الاسترخاء. وان رش بعض العطر على وسادة الطفل قبل نومه يشعره بالاسترخاء والرغبة في النوم.

- الآكل باعتدال. لذلك، فانه لا بد من تجنب الوجبات الثقيلة في وقت متأخر ليلا. كما يمكن تجنب المشروبات التي تحتوي على منبهات مثل الكافئين مدة 5 - 7 ساعات قبل النوم. كالقهوة والشاي والكاكاو. ومما يساعد على النوم. تناول وجبة خفيفة. خاصة إذا كانت غنية بحامض التروبتوفان L - Tryptophan اذ ان له خصائص تدفع إلى النوم.



- تشجيع الطفل على ممارسة التمرينات الرياضية خلال النهار. اذ ان ذلك من شأنه أن يؤدي إلى زيادة فترة النوم والنوم العميق الهادئ.

- يجب ان تكون غرفة النوم مناسبة. أي ان تكون معتدلة الحرارة. وبعيدة عن الضوضاء لأن الصوت المنبعث من الشارع او من صوت المسجل او التلفاز يؤدي إلى اضطرابات في النوم.

- لا بد من استخدام السرير فقط للنوم. وليس لمشاهدة التلفاز او للقراءة.

- ينصح الطفل الذي يعاني من الأرق بعدم اللجوء إلى الفراش إلا وقت النوم. وإذا لم يدركه النوم بعد خمس دقائق عليه أن ينهض من الفراش ويمارس بعض الأعمال.

- تغيير مكان النوم خاصة إذا كان المكان الأول يبعث على الخوف ويؤدي إلى الأرق

2: 7 الاضطرابات الجنسية:

تحدث فرويد عن الاضطرابات الجنسية عند المراهق واعتبر ان المراهقين المنحرفين جنسيا يعانون من الكبت وتكثر لديهم عقدة اوديب والخوف من قطع القضيب الذي كان يهددهم به اباؤهم وامهاتهم. الا ان كثيرا من العلماء قد تحدثوا عن الاضطرابات الجنسية بشكل مغاير. فمنهم من يرى ان حديث فرويد عن الاضطراب الجنسي قد غالى فيه كثيرا وانه لا يمكن تعميم حديثه على جميع الافراد، ويرى فريق آخر في رد الاضطراب الجنسي الى عوامل وراثية. خاصة وان اعراضا شبيهة تصيب الابناء قد عانى منها الاباء، ويعزوها فريق ثالث الى التكوينات الجسمية الخاصة كضعف البنية وعدم الثقة في القدرات الجنسية الكاملة في المستقبل نتيجة التأخر الجسمي في النمو ونقص الوزن والقبح والدمامة او ضعف المبيضين وتشوهات في الاعضاء الجنسية للانثى. ويشير فريق رابع الى العوامل النفسية والتربوية في حدوث الاضطراب الجنسي للمراهقين.

2: 7: 1 العادة السرية:

تطلق العادة السرية Masterbation على الاستثارة اللمسية للاعضاء الجنسية للشخص بحيث تؤدي به الى اشباع الحاجة الجنسية. ويرى البعض هذا السلوك على انه ليس انحرافا رغم انتشاره في مختلف مراحل النمو، وقد اشارت دراسات كينزي في هذا الصدد ان ما نسبته (92%) من الامريكيين الذكور يمارسون هذه العادة وترتفع بين المراهقين في الجامعات لتصل الى (96%) وتستمر معهم بعد الزواج. وبحسب رأي فرويد فان تلك العادة تمثل نكوصا الى المرحلة القضيبية الجنسية وهي مرحلة تمتد من سن الثالثة حتى سن السابعة من العمر.

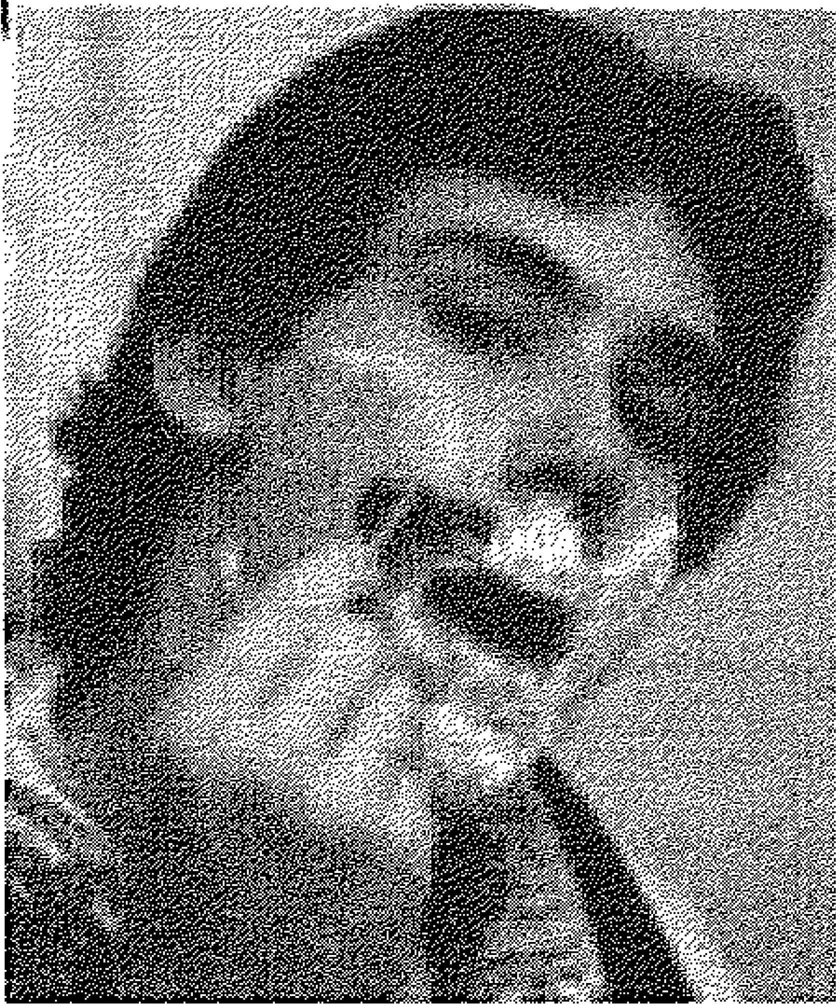
ورغم ان العديد من الباحثين قد تحدثوا عن تلك العادة باعتبارها تسبب الكثير من الاضرار الجسمية على المراهق كالاصابة بالعمى والسل والجنون وفقدان القدرة الجنسية مستقبلا. كما تؤدي باصحابها الى العزلة والانطواء. الا ان البحوث الاجرائية لم تثبت صحة ذلك. ويرى الباحثون ان تلك العادة قد تكون من العوامل المساعدة على حصول الخبرة الطبيعية التي لا يلوثها الزنا او اللواط. وتمهد لحياة زوجية اقل فشلا وافضل مما لو لم يمارسها المراهق. وبالتالي، فهي مرحلة طبيعية من مراحل حياة المراهق. ويرجع بعض الباحثين سبب ولع المراهقين بهذه العادة الى عدم قدرتهم على ملء الفراغ باعمال تجلب لهم المتعة والراحة والنشاط والاحترام لانفسهم. وقد يصاب المراهق الذي يمارس تلك العادة بالتعب والارهاق في كل اعضاء الجسم والام الصداع والظهر، وفقر الدم وفقد في الوزن. وقد يجعل لدى المراهق استعدادا للاصابة بالأمراض المنهكة. خاصة اذا لم تتوفر لديه الكمية المناسبة من الغذاء. كما يعاني من القلق والرغبة بالانزواء، ويظهر عليه الخجل والارتباك السريع في كثير من الحالات، والصراع المستمر بين زيادة الرغبة والالحاح في طلب هذه العادة وبين تعاليم الانا الاعلى (المثل والقيم والاخلاق والمعلومات الدينية التي تقربه من الزنا او المعلومات الطبية) بحيث تقربه الى الاصابة ببعض الامراض النفسية كالفصام واعراض التخيل والهوسات واحلام اليقظة

2: 7: 2 الجنسية المثلية:

الجنسية المثلية Homa sexuality لدى المراهقين هي ذلك الشذوذ الذي يرغب به مراهق بالاتصال جنسيا مع فرد آخر من نفس جنسه. بحيث يمثل احدهما دور الذكر ويمثل الاخر دور الانثى. وقد يقوم كل منهما بتمثيل الدور فتارة يقوم الاول بدور الذكر ويقوم الاخر بدور الانثى وبالعكس. اما عند الاناث فتعرف الجنسية المثلية بالسحاق. بحيث تأتي الفتاة فتاة أخرى من ناحية الفرج وتتبادلان اللذة بينهما بتماس الفرج والبظر من كل منهما وقد تكون باتيان الفتاة فتاة اخرى في ناحية الالية او الركبة او اليد او الفم.

وقد اشارت دراسات كنزي في هذا المجال ان حوالي (50%) من الرجال الذين لا يتزوجون يمارسون هذا السلوك ويثبتون عليه وان نحو (60%) من الذكور يمارسون هذا السلوك قبل سن المراهقة. اما الاناث اللواتي يمارسن السلوك فهن في حدود (33%). ويرى كل من فورد وبتش Ford & Pitsh ان الجنسية المثلية تمثل ميولا يتعلمها الشخص منذ طفولته من حوادث غير مواتية بسبب اغراء رجل شاذ للطفل الصغير.(العيسوي، 1984)

وفسر فرويد هذا السلوك بالرجوع الى خوف الذكر من فقدان عضوه التناسلي (عقدة الخصي Castration) اما في الاناث فيرجعها الى وجود شعور وهمي باعتبار ان الانثى كانت تمتلك يوما ما عضو تذكير ثم فقدته. ويعتبر هذا الانحراف سلوكا عاديا لدى المراهقين حيث يميل المراهق في اول فترة المراهقة الى نفس جنسه ثم يتحول بعد اكتمال نضجه الجنسي الى الجنس الآخر.والجنسية المثلية في نظره تثبيت او نكوص او تراجع مؤقت الى مرحلة المراهقة الاولى وعجز عن نمو المراهق نموا طبيعيا في حياته الجنسية.



ويرى جلال (1992) ان سلوك الجنسية المثلية سلوك عام لدى الافراد يختلف في درجته من شخص لاخر فمصاحبة الافراد من نفس الجنس ومصادقتهم تعتبر جنسية مثلية تختلف في درجتها عن معاشرة الفرد جنسيا لفرد من نفس جنسه مع عدم اختلاف هذين النمطين عن بعضهما البعض في النوع. ومن وجهة نظر الاخصائيين الاجتماعيين فانهم يعللون هذا السلوك كنتيجة لتحريم الاختلاط بين الرجال والنساء ويعيدونه لمعتقد الديانة البوذية. هذا، ويمكن معالجة هذا الشذوذ عن طريق الانفراد بالطفل ووعظه من قبل المرشدين النفسيين والاطباء بما يجب عمله دون فضحه او تأنيبه بقسوة علنية.

2: 7: 3 النرجسية (عشق الذات):

تحدث فرويد عن النرجسية أو عشق الذات Narcism وارجع ظهورها الى الاهتمام الجنسي للطفل منذ بداية الرضاعة عندما يشعر الطفل الرضيع بالرضا والهدوء وهو يشعر بدغدغة احد اجزاء جسمه وسماها بالشبق الذاتي Auto – erotism معتبرا ذلك لذة جنسية اولية للرضيع (الحلبي، 2000).

وعبر مراحل نمو الطفل المتتابعة، تظهر لديه اهتمامه بالاخرين. وقد ينكص المراهق ويرتد الى مرحلة عشق الذات فيؤدي به الى اضطراب يمكن اعتباره احد مظاهر السلوك الجنسي حيث يتخذ المراهق ذاته وجسمه سبيلا لاشباع دافعه الجنسي.

فيقوم بالنظر الى اعضائه الجنسية وعضلاته ويجمع الصور لنفسه باوضاع مختلفة. ويقضي ساعات طويلة للنظر الى خياله في المرآة. وقد يغلق باب الغرفة على نفسه فيتعرى ويتزين ويبدي اعجابه بنفسه.

ويتميز هؤلاء الافراد بالانانية والغيرة ويصبح عاجزا عن حب الغير وذا عاطفة جافة مشاكسا حقودا ضعيف الاحساس والوجدان. وغالبا ما يترافق هذا الشعور بممارسة العادة السرية. وقد تؤدي الى انحرافات جنسية أخرى كالاجرام .

2: 8 اضطرابات الكلام Speech disorder:

يمكن تعريف اضطراب الكلام عيب في النطق يصاحبه في الغالب قلق او ارتباك، وربما الخجل والشعور بالنقص أو الانطواء وعدم القدرة على التوافق.

إن أول صوت يصدر عن الطفل لحظة ولادته هو الصراخ والبكاء. ثم يصدر بعد ذلك أصواتا عفوية غير متصلة تترابط وتتصل بعد فترة بشكل عشوائي لتظهر مناغاة الطفل. وقدرة الأطفال على النطق تختلف من طفل إلى آخر. وتنمو من سنة إلى أخرى وبعض الأطفال يتأخرون في الكلام. وثمة أطفال يعجزون عن استدعاء الكلمات التي يحتاجونها عند التعبير عن أفكارهم، وبعض الأطفال يتلكأون في إخراج الكلمات أو ينطقون بها غير كاملة. وهناك اضطرابات واضحة تصيب بعض الأطفال.

2: 8: 1 اضطراب تشوش انسياب الكلام Cluttering disorder:

يشير **اضطراب تشوش انسياب الكلام Cluttering disorder** إلى فقدان الطفل القدرة على تدفق الكلام بإيقاع ومعدل متوازن مفهوم. بحيث يبدو إيقاع الكلام سريعا وشاذا بطريقة تعوق وضوحه. مع ظهور تراكيب نحوية خاطئة. وأسباب اضطراب تشوش انسياب الكلام غير معروفة حتى الوقت الحاضر. إلا أن بعض المنظرين يشيرون إلى عوامل أسرية كامنة خلف هذا الاضطراب نتيجة انتشاره بين أفراد الأسرة الواحدة. وترجعه بعض الدراسات الى كثرة انتقال الطفل من روضة الى أخرى. واستعمال لغات مختلفة أو من بيئة الى أخرى غير بلده الأصلية. واستعمال لغة جديدة.

2: 8: 2 البكم المتعمد Elective Mitsum

قد يتعمد بعض الأطفال عدم الكلام أو التوقف عن الكلام فيفضل الصمت وعدم التحدث وعدم الاستجابة لأي حوار. وعدم الإجابة عن أي سؤال هو الظاهر على الطفل على الرغم من وعيه الكامل. ولديه مطلق الحرية والإرادة. وقد تجد أطفالا آخرين يتميزون بحالات شديدة من البكم فيمتنعون عن الكلام مع أي شخص. وقد تمتد هذه

الظاهرة عند الطفل لتشمل الابتسامة والانتباه أو حتى النظر إلي الآخرين. ويحدث البكم المتعمد نتيجة اضطراب نفسي يصيب الطفل فيكون البكم المتعمد مؤشرا لصراعات نفسية داخل الطفل نفسه. وقد يكون تعرض الطفل لصدمات نفسية أو أمراض تسببت في دخوله المستشفى أو يكون نتيجة صراعات أبوية أو خلافات زوجية بين الأبوين. مما يضطر الطفل إلى اللجوء إلى الصمت ومحاولة الدفاع عن النفس كسلاح يعاقب به غيره.

2: 8: 3 التهتهة - التأتأة - عي اللسان Stuttering, Stammering

قد يحدث لدى بعض الأطفال ترديد او تقطع في نطق الكلمات. وتوقف في اللفظ والتعبير. أو الصعوبة في لفظ بدايات الكلمات أو حروفها بالتوقف أو محاولة الإطالة بها فتنقطع الحروف. وقد يحدث التردد والتكرار باللفظ، وقد يحدث انقطاع بين الكلمات فترة قصيرة. فتخرج الألفاظ متناثرة وربما غامضة. ويمكن التمييز بين أربعة مراحل لتطور هذا الاضطراب:

فتظهر **المرحلة الأولى** عند أطفال سن الخامسة من العمر أو دون ذلك. بحيث تكون التهتهة بصورة متقطعة بحيث لا تظهر على الطفل أي علامات لها خلال أسابيع أو أشهر. وغالبا تكون عودة الطفل إلى حالته الطبيعية أكثر احتمالا. وتظهر **المرحلة الثانية** من التهتهة لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 - 12 سنة. وتكون التهتهة على اشدها في أنواع الكلام التي تشمل الاسم والفعل والصفات. ونادرا ما يتخلل هذه المرحلة كلام طبيعي لفترة ضئيلة ثم العودة. أما **المرحلة الثالثة** فتظهر في مرحلة المراهقة. تكون فيها التهتهة بصورة متقطعة نتيجة مواقف او ظروف مثل إلقاء كلمة أمام الزملاء أو عند حل مسألة أمامهم. أو عند استعمال التلفون أمام الغرباء. وتظهر **المرحلة الرابعة** مع نهاية مرحلة المراهقة. وبداية سن الرشد فتظهر التهتهة لدى الرجال نتيجة القلق والتوتر الذي يصاحب مواقف تكون فيها الكلمة موجهة نحو الآخرين.

وهناك ثلاثة أنواع من التهتهة فتحدث **التهتهة النمائية** في مرحلة الانتقال إلى المخارج السهلة للكلمات بين عمر سنتين وأربع سنوات. ويتميز هذا النوع من التهتهة بتغير نمو الكلام بين الإطالة والتوقف والتكرار أو التردد. وتظهر **التهتهة المتحسنة** عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 3 - 11 سنة. وتزول تلقائيا في مدة تتراوح بين 6 أشهر - 6 سنوات. وتظهر **التهتهة الثابتة** لدى بعض الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 3 - 8 سنوات. ومثل هذه الحالة يحتاج إلى علاج. لفترة زمنية طويلة.

وللتهتهة أسباب عضوية: تعود إلى اختلاف تقاسيم الجهاز العصبي المركزي وخاصة نصفي المخ. وارتباك في توزيع الكلام بين نصفي المخ. كما يعتقد بأن السبب يعود إلى خلل في ميكانيكية استماع الإنسان لصوته. فالطفل في هذه الحالة يسمع إلى

صوته متأخرا وليس بالسرعة التي يسمعها الإنسان العادي. مما يحدث ارتباكا في ميكانيكية بدء الكلام.

ويفسر عدد من المنظرين التهتهة كنتيجة لاضطراب نفسي ووسواس قهري يلم بالطفل فيجعله غير قادر على النطق بسبب شدة وسوسته حول نوع الكلام وكيفية استخراج مقاطع الكلمات. إضافة إلى ان الطفل المصاب بالتهتهة يزداد ارتباكا، وتزداد عاهته تحت الظروف المحيطة والمولدة للتوتر والقلق. وكثير من الأطفال يتوقف نموه في النطق بعد عامه الثاني أو الثالث. لسنوات عدة. وربما تستمر الحالة مع الطفل حتى سن المراهقة. وربما يكون التدليل في هذه الحالة سببا رئيسا ليتفاقم أزمة الطفل في النطق.

2: 8: 4 بكم الرهاب Phobic speech disorders:

يمثل **بكم الرهاب Phobic speech disorders** حالة من الخوف والذعر الشديد الذي ينتاب الطفل لسبب يبدو واضحا. ولكنه غير معقول أو متناسب مع الإثارة. وحالة الخوف هذه. ربما تكون من الحشرات او الحيوانات الأليفة إلى درجة الهلع. بحيث يصبح الطفل غير قادر على الكلام وينعقد لسانه ويبطل إفهامه. وعليه، فان السبب الرئيسي لمثل هذه الحالة هو التعرض لموقف عصيب لا يستطيع ان يتصالح فيه مع من حوله. ويكون الحل هو الخوف من مواجهة الموقف والرهبة منه.

2: 8: 5 اللثغة:

تشير **اللثغة** الى صعوبة لفظ بعض الحروف الأبجدية. من أبرزها حرف الراء والسين والزاي. وتحدث اللثغة عند الطفل بسبب الصعوبة في لفظ حرف الراء نتيجة ضعف المهارة في تحريك اللسان عند ارتفاعه إلى أعلى قريبا من سقف الفم. اما لكبر حجم اللسان أو وجود شقوق في سطحه كما في حالات التخلف العقلي واضطراب هرمون الغدة الدرقية.

2: 8: 6 البكم الهستيري Hysterical aphonic

يعد **البكم الهستيري Hysterical aphonic** حالة نفسية عصابية نادرا ما تحدث في مرحلة الطفولة وان ظهرت فإنها غالبا ما تظهر عند الإناث بحيث تعبر فيها الطفلة عن معاناتها الداخلية أو صراعاتها النفسية في صورة أعراض بدنية بطريقة لاشعورية. وقد يعود سبب البكم الهستيري الى تأزم المناخ النفسي الداخلي للطفل وتعرضه لضغط نفسي، أو ضعف قدرات الطفل على مواجهة الضغوط العاطفية، وافتقاد الطفل للوسائل التي تواجه تهديدات الأهل أو من يرعاه. وربما يكون سبب البكم

الهستيري قلق الأهل الشديد على بكم الطفل مما يحسس الطفل بمشكلته ويجعله يتمادى في اضطرابه هذا.

2: 8: 7 اضطراب الكلام الذهاني:

وقد يتعرض بعض الأطفال إلى مرض ما يؤدي إلى ذهان حاد مفاجئ أو ذهان مزمن. يعاني الطفل بعدها من اضطراب واختلال في النمو العقلي بالإضافة الى اختلال في نموه الجسمي. فيتكلم كلاما غير مألوف وفي بعض الحالات قد يفقد القدرة على التعبير اللفظي بالتدريج. ويتلاشى ما كان قد اكتسبه من معرفة وأصول للغة (**اضطراب الكلام الذهاني**). وليس هناك سبب محدد لاضطراب الكلام الذهاني سوى ان بعض الأمراض التي تصيب الأطفال ربما تؤدي إلى اضطراب الكلام الذهاني. وربما يكون سبب ذلك انطواء الطفل على نفسه وبعده عن أقرانه واخوته. وعدم التفاعل مع الكبار مما يفقد الطفل قدرته على الكلام (زريقات، 2005).

2: 8: 8 الخنة أو الخنخنة:

وقد يقوم الطفل بتضخيم بعض الكلمات عند النطق بها. مما يساعد على تشويه الكلمة وعدم وضوحها. وكأن الطفل عندما يتحدث يعاني من زكام دائم فتظهر لديه صعوبة في إحداث الأصوات الكلامية المتحركة والساكنة. ومن أسباب ذلك: تشوه سقف الحلق (فجوة أو شق) نتيجة تعرض الجنين في الأشهر الأولى من عمره الى عدم التئام الأنسجة التي يتكون منها الحلق. أو التهاب الجيوب الأنفية، أو التهاب اللوزتين وانتفاخهما.

ونعني **بالتأتأة أو الثأثأة** إبدال حرف السين أو الزين بالثاء. وغالبا ما يكون سبب ذلك عدم انتظام الأسنان، أو تشوهات في الفك والشفتين، وانشقاق الشفة العليا، او تقليد الاخوة والآباء.

2: 9 اضطراب عجز الانتباه والنشاط الزائد:

يقصد بالانتباه النظر والإصغاء إلى مثير معين لفترة زمنية. وهي القدرة التي يستطيع فيها ان يركز على موضوع معين. ويعد الانتباه أحد المهارات الأساسية في التعلم أما تشتت الانتباه فيشير إلى الوضع الذي يتجه فيه الانتباه إلى موضوع لا يتلاءم مع الأنشطة الصفية. ويظهر ذلك عندما يتشتت الانتباه بين موضوعات متعددة أو عندما ينحرف الانتباه نحو موضوع غير مناسب. (جابر، 1996).

وعند تشخيص اضطراب عجز الانتباه والنشاط الزائد. فانه لابد ان تكون اعراض عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد موجودة على الأقل في موقفين لاجراء التشخيص كالبيت والمدرسة. وان يكون بداية العرض قبل سن السابعة. ويكون

التشخيص اكثر ثباتا عندما يعود الاضطراب الى مرحلة بداية المشي. وهناك عدد من الخصائص المميزة لاضطراب الانتباه والنشاط الزائد:

فالسمة الفارقة تكون في عدم الانتباه والنشاط الزائد – الاندفاعية واضحين قبل سن السابعة من العمر. أما **السمة المستمرة** لهذا الاضطراب فهي حدوث الاضطراب في موقفين او اكثر، وعجز الاداء الاجتماعي والاكاديمي، وعدم اصابة الشخص بمرض ذهاني، او اضطراب نمائي سائد، او اضطراب مزاجي او قلق، او انفصام او اضطراب في الشخصية. وكذلك عدم وجود حالة فسيولوجية تفسر وجود الأعراض الخاصة بالاضطراب.

يحدث اضطراب الانتباه والنشاط الزائد أكثر في الاولاد، وقد يوجد اضطراب العناد والتمرد او انحراف بسلوك مصاحب لهذا الاضطراب كالعدوانية والاندفاعية. كما قد يصاحبه اضطراب اكتئابي. ووفقا لمحاكات الدليل التشخيصي لاضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد في طبعته الرابعة عام 1994 ، DSM - IV فان هناك ثلاثة انماط من اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد:

- نمط اضطراب عجز الانتباه والنشاط الزائد Attention – Dificit Hyperactivity Disorder (ADHD) حيث تندر البيانات الصادرة حول نمط النشاط الزائد والاندفاعية فقط.
- نمط عدم الانتباه فقط (عجز الانتباه) Attention – Dificit Hyperactivity disorder inattentive type
- النمط المشترك (عجز الانتباه والنشاط الزائد)

هناك بعض الاضطرابات التي تصاحب اضطراب عجز الانتباه والنشاط الزائد. حيث تنتشر الاضطرابات السلوكية بين الاطفال الذين يعانون من اضطراب عجز الانتباه والنشاط الزائد خاصة السلوك العدواني، والسلوك المشكل، والعناد والتمرد، ومعارضة الاخرين من الكبار، والرفاق، وعدم الاذعان لأوامرهم وتعليماتهم. ويتلازم هذا الاضطراب عند الاطفال بالاضطرابات الانفعالية خاصة ما يتعلق منها بالقلق والاكتئاب. وان فرط النشاط يؤدي بهم الى العزلة الاجتماعية والشعور بالوحدة. فينتشر اضطراب النوم لديهم ويجعلهم يشعرون دائما بالارهاق وكثرة الحركة والتقلب والاستيقاظ أثناء النوم. ويكون مندفعا وعدوانيا وعنيدا ويرفض اتباع القواعد التي تحكم التعامل مع الآخرين او المتبعة في نشاط معين. كما يتسم سلوك المصاب بهذا الاضطراب بالتدخل في أنشطة الآخرين وحديثهم، والقيام بالسلوكيات غير المرغوبة التي تؤذي الغير دون ان يضع في اعتباره مشاعرهم.

ويرافق هذا الاضطراب لدى الاطفال معاناتهم من صعوبات التعلم بالنظر لعدم قدرتهم على القراءة الشاملة للمادة المقروءة فيقفزون من جملة الى جملة ومن فقرة الى أخرى تاركين بعض السطور او الفقرات بدون قراءة. ويرجع ذلك الى ضعف القدرة

على فهم المعلومات التي يستقبلها الطفل بالنظر الى عدم قدرته على الانصات، وفهم ما يسمعه وعلى معالجة المعلومات المسموعة وربطها بالمعنى. وكذلك ضعف القدرة على التذكر واستدعاء المعلومات الضرورية لفهم المقروء، وكثرة النسيان، وتشتت الانتباه بسهولة بين المنبهات الدخيلة البعيدة عن المنبه الرئيسي في العملية التعليمية. وضعف قدرته على التفكير. والكتابة الرديئة المليئة بالاخطاء اللغوية والابتعاد عن الموقف التعليمي وتجنبه.

يرجع اضطراب الانتباه الى مجموعة من العوامل. من أبرزها:

- **عوامل وراثية** : من خلال نقل المورثات التي تحمل خصائص تؤدي الى تلف او ضعف بعض المراكز العصبية المسؤولة عن الانتباه بالمخ او بطريقة غير مباشرة (احمد وبدر، 1999)
- **عوامل عضوية** : تتعلق بعدم اكتمال النضج العصبي. او صعوبات في الإدراك تجعل من الصعب عليه تمييز الشكل من الخلفية. وقد ترجع الى وجود خلل في وظائف المخ والمسؤولة عن الانتباه او اختلال التوازن الكيميائي للناقلات العصبية ولنظام التنشيط الشبكي لوظائف المخ.
- **عوامل نفسية**: مثل القلق. وعدم الشعور بالأمن بحيث يظهر القلق كعامل مشتت يضعف القدرة على التركيز في موضوع مناسب.
- **التوجه الخارجي**: ويظهر في الحالات التي يقوم بها الطفل بجزء من العمل ثم يتوقف حتى يحصل على توجيهات او تعليمات أخرى
- **أحلام اليقظة**: أو السرحان بحيث لا يستطيع التركيز على ما يدور في غرفة الصف (ملحم، 2007)
- **تقليد نموذج ضعف الانتباه**: كأن يكون الأب او الام من النوع الذي يشتت الانتباه بسرعة ولا يركز على الموضوعات المناسبة. (حمدي، 1998)

2: 10 اضطراب القلق :

تتميز الاضطرابات الانفعالية بانها قصيرة الامد بالنظر لضعف ذاكرة الطفل خاصة في بداية مراحله النمائية. وتكون هذه الانفعالات متقلبة والانتقال من مظهر انفعالي الى مظهر انفعالي آخر بسرعة كانتقال الطفل من الضحك الى البكاء ومن الارتياح الى الانطواء.

2: 10: 1 قلق الانفصال :

يعرف القلق بأنه حالة توتر شامل ومستمر، نتيجة توقع تهديد خطر فعلي او رمزي قد يحدث ويصحبها خوف غامض وأعراض جسمية – نفسية. وقد اورد الدليل التشخيصي للأمراض النفسية والسلوكية لمنظمة الصحة العالمية في التصنيف العاشر

ICD-10 (1992). انه تم التركيز على خمسة اضطرابات نوعية تصيب الاطفال بأعراض القلق. وهي:

1. اضطراب قلق الانفصال Separation anxiety disorder
2. اضطراب القلق من المخاوف في الطفولة Phobic anxiety disorder
3. اضطراب القلق الاجتماعي Social anxiety disorder
4. اضطراب الغيرة والتنافس بين الاخوة والاخوات Sibling rivalry disorder
5. اضطراب القلق المنتشر (المعمم) Generalized anxiety disorder

وقلق الانفصال ظاهرة عامة متصلة وجزء متوقع من الخبرات المتوقعة للطفل. وقد وصف الدليل التشخيصي الاحصائي للأمراض النفسية DSM IV لعام 1994 قلق الانفصال بأنه قلق شديد بسبب الانفصال عن الافراد الذين يتعلق بهم الطفل أو بسبب الانفصال عن البيت. وان هذا الاضطراب يجب ان يستمر لمدة اربعة اسابيع على الاقل. وان تكون بدايته قبل سن 18 سنة ويسبب حزنا شديدا في نطاق العلاقات الوظيفية العامة. (عبد المعطي، 2003).

ويظهر اضطراب قلق الانفصال عند الاطفال في التفكير في السفر او خلال رحلة بعيدة عن البيت. وتشمل علامات الشعور بقرب حدوث مكروه في سرعة الانفعال والتهيج. ومشكلات في الطعام والأمن. وعدم القدرة على الانعزال في غرفة والتشبث بالوالدين وملاحقة الاب او الأم في كل مكان كظلهما.

وتظهر على الطفل اعراض بدنية معوية مثل آلام المعدة والصداع والغثيان والقيء عند توقع الانفصال او عندما يحدث. ويشكو من آلام وأوجاع في أماكن مختلفة من الجسم وأعراض تشبه الزكام. وتبدو عليه اضطرابات انفعالية تظهر على شكل مخاوف كالخوف من الظلام والقلق التخيلي الغريب. فقد يرى الطفل عيونا تحملق فيه ووحوشا تهم بالهجوم عليه في حجرة النوم. وتظهر عليه اعراض اكتئابية تصبح اكثر ثباتا بمرور الوقت. فيتميز بالاعتمادية والانطواء والحزن والأسى. وقد يصبح الطفل اكثر الحاحا فيتدخل في شؤون الكبار، ويحتاج الى رعاية وعناية مستمرة لتخفيف حدة القلق لديه. وتظهر عليه ملامح الانسحاب الاجتماعي والتبلد وصعوبة التركيز في الدراسة او اللعب. وقد يرفض رؤية الاقارب والرفاق لتجنب معرفة مشاكلهم بسبب تغيبه عن المدرسة او عن الانشطة الاخرى. (Las & Strauss, 1990).

ويتم تشخيص حالة قلق الانفصال اذا تميز الاضطراب عند الاطفال بثلاثة اعراض أو اكثر مما يلي لمدة اربعة أسابيع على الاقل (عبد المعطي، 2003):

- قلق متواصل ومتزايد عن احتمالات فقد شيء او حدوث شيء ضار او فقد شخص عزيز يرتبط به ارتباطا شديدا

- قلق متواصل ومتزايد من حدوث نكبة او مصيبة تؤدي الى فراق شخص عزيز.
- الاحجام الدائم او رفض الذهاب الى المدرسة او اي مكان آخر بسبب الخوف من الفراق
- الخوف الدائم والمتزايد من الوحدة او بدون شخص عزيز في المنزل او بدون اشخاص ذوي اعتبار في اماكن اخرى
- الاحجام المستمر اورفض النوم الا مع شخص عزيز او رفض النوم بعيدا عن المنزل.
- الكوابيس المتكررة المزعجة المنطوية على عنصر الفراق
- اعراض عضوية كالصداع والام المعدة وغيرها عند توقع فراق شخص عزيز

2: 10: 2 مخاوف الاطفال:

يمكن تعريف الخوف بأنه حالة شعورية وجدانية يصاحبها انفعال نفسي وبدني ينتاب الطفل عندما يتسبب مؤثر خارجي في إحساسه بالخطر. وقد ينبعث هذا الإحساس من داخل الطفل وقد يكون من الخارج. ويعتبر الخوف من أبرز آليات الحفاظ على الذات وبقائها لدى الفرد. ويعد من أهم وظائف الحفاظ على البقاء سواء كان ذلك لبني البشر او الكائنات الحية الأخرى.

وتتحدث عدد من نظريات التعلم عن الخوف لتؤكد ان الخوف يعتمد بصورة أساسية على التعلم مشيرة إلى ان الخوف يمثل شعورا داخليا وانفعالا وسلوكا يتعلمه الطفل نتيجة تعرضه لمؤشرات البيئة والجو المحيط. كما يعد محصلة لعمليات التنشئة التي يتلقاها الصغير في إطار تقاليد ومعايير المجتمع الذي ولد فيه. ويعيش فيه. وترفض معظم نظريات التعلم فكرة بذور الخوف الوراثية وترى أن الطفل يولد متجردا من الخوف. وما يظهر لدى الطفل في بدايات عمره ما هو إلا حصيلة ما يتعلمه وما يشاهده وما يحس به من مخاوف وانفعالات. فالطفل في هذه المرحلة مقلد ومحاك ومستنسخ للمشاعر (ششتاوي، 1996).

للخوف مظاهر عديدة قد تظهر جميعها أو بعضها لدى الأطفال كما ان هذه المظاهر قد تتخذ أنماطا مختلفة تؤدي في الغالب إلى اضطراب نفسي لديهم. ومن أبرز هذه المظاهر : قوة خفقان القلب وسرعته وتغيرات في نسب المواد الدهنية والكيميائية بالدم ، وظهور العرق على الجسم أو الأطراف والوجه، وصعوبة التنفس، وشحوب الوجه، وبرودة الأطراف والشعور بالقشعريرة. والشعور بالدوخة، والرغبة في التبول أو الذهاب إلى الحمام، وجفاف الفم وجفاف الحنجرة مما يؤدي إلى صعوبة كبيرة في إخراج الكلمات، وارتعاش الأطراف أو الشفتين، والشعور بالإجهاد والتعب، وفقدان الشهية للطعام، والأرق، والاستعداد للصراخ أو البكاء أو الهرب، والشعور بقرب فقدان الوعي أو الدخول في حالة إغماء.

وللخوف أشكال عديدة: فبعض الأطفال يخاف من بعض الحيوانات والحشرات التي تنتشر عادة في البيئات المحلية للأطفال مثل القطط و الفئران والكلاب والعنكبوت والصراصير. وكثير من الأطفال يخاف من بعض الحيوانات دون أي اعتبار لكونها أليفة أو ضارة. وينتج مثل هذا الخوف عادة من كون الطفل لم يألف بعد هذه الحيوانات في بيئته. أو أن يكون الحيوان نفسه مخيف المنظر مثلا. وقد يتعمم الخوف إلى الثياب ذات الفراء والمعاطف المصنوعة من جلود بعض الحيوانات أو من فرائها. وكذلك قد يخاف الأطفال أيضا من الطيور نتيجة منظر الريش عليها. وهكذا...

وقد يخاف الاطفال من الأماكن الفسيحة أو الغريبة أو المظلمة. وبعض الأطفال يخاف من الظلمة ويأخذ صورة الرعب والهلع عنده. وما يرتبط بالأماكن المظلمة من هواجس الجن والعفاريت التي تختزن في ذاكرته مما يسمعه من قصص خيالية تتلى عليه من قبل والديه، أو معلميه، أو قد رآها في التلفاز.

وقد يخاف الطفل من مشاعر الغضب التي تنتاب الكبار وأصواتهم المرتفعة، والمشاجرات أو الخلافات العائلية التي تتبعها في العادة كثيرا من أنماط سلوك الغضب والانفعال. كما قد يخاف الطفل من تجاهل الآخرين له، أو نبذه وتوجيه كلمات ناقدة له. والهيبة من مقابلة الكبار أو الزائرين إليه. وقد يصاحب هذا الشعور مشاعر الخجل أيضا. وبعض الأطفال قد يخاف من توجيه الأسئلة إليه. وأحيانا تؤدي به مثل هذه المواقف إلى خوف غير واقعي وتوقع دائم للخطر عليه. كما قد يخاف من الأرفف التي اصطدم بها في فترة سابقة وأحدثت إصابة لديه وتسببت في نزيف له. ومن العلب والأدوات المغلقة نتيجة مشاهدة فأر أو صرصار كان قد خرج منها عندما قام أخوه الأكبر في فتحها. وهكذا..

وغالبا ما يقوم الكبار بمعاقبة أبنائهم لسلوك غير مرغوب فيه أو خشية ان يصبح طفلهم خوافا فيعاقبون طفلهم خوفا من ان يؤدي هذا الانفعال إلى تعلم سلوك الخوف فيما بعد. أو يقوم الكبار أيضا بإجبار أطفالهم مداعبة بعض الحيوانات الأليفة كالكلاب أو القطط أو حضور ذبح الحيوانات او الطيور خاصة في المناسبات الدينية او القومية. وقد يلجأ بعض الأطفال إلى إثارة الضحك على الطفل الذي تبدى عليه سلوك الخوف وقد يتخذ اخوة الطفل من بعض التصرفات التي تخيف أخاهم وسيلة للاستمتاع أو التندر أمام الأطفال الآخرين. كما قد يلجأ بعض الكبار إلى تخويف أطفالهم كي يمارس العمل الذي يرغب به الكبار كأن يقول الأب لطفله: أنني سوف أضعك في غرفة مظلمة، أو أضعك مع الكلاب حتى تأكلك ان لم تقم بفعل كذا وكذا..).

وقد يخاف الأطفال من بعض الحيوانات أو الأشياء أو المواقف نتيجة مشاهد لها برفقة والديه أو أحد أفراد الأسرة مع ما يصاحب تلك المشاهدة من انفعال قد يقوم به الوالدان أو المرافقين للطفل أثناء تلك المواقف. والطفل في تلك المواقف يقلد ما يراه من

نماذج بشكل لا شعوري فيخاف مما يخاف منه الكبار وخاصة ممن يثق بهم. وقد يصطنع بعض الأطفال سلوك الخوف من أجل اجتذاب اهتمام والديه أو معلمه في بعض الأحيان . وقد يوافق الآباء أو الكبار على مثل هذا السلوك. فيغضون الطرف عن تصرفات الطفل هذه. مما يدعم فكرة الخوف لديه لتصبح مع مرور الزمن عادة سلوكية لديه.

وقد يفقد بعض الأطفال الشعور بالأمن والاستقرار خاصة مع المنازعات التي قد تحدث بين الوالدين أو التسلط الذي يمارسه الوالدان أو أحدهما في معاملتهم للطفل. وما يصاحب ذلك من زجر ونقد ورصد لحركات الطفل وتقييد لحريته. فيشعر الطفل بالخوف الشديد إزاء تلك المواقف. وقد يشعر بعض الأطفال بالخوف دون أي سبب واضح. أو مقنع وقد تتلاشى تلك المخاوف عند الطفل ثم تعود ثانية. مما يستدعي تركيز الأهل على مثل تلك المخاوف عند الطفل. فيعزز سلوك الخوف لديه ويدعم إحساسه به.

2: 10: 3 الخجل واضطراب التجنب (الانزواء) Avoidance Disorder:

يطلق على حالة الخجل الشديد اضطراب التجنب، ويشير الى الطفل الوجل المفرط في تهيبه أو خجله ، بحيث تعوزه الثقة في مجابهة ما يظهر أمامه من أمور عادية حتى وان كانت جديدة. وذلك بعد سن الثالثة من العمر وحتى مرحلة الشباب. ويمكن تعريف اضطراب التجنب على انه انكماش اجتماعي مفرط من الاختلاط بالغرباء.

وهناك أشكال عديدة للخجل من أبرزها: الخجل من مخالطة الآخرين: ويتمثل هذا النوع من الخجل في شكل نفور من الزملاء أو الأقارب وامتناع أو تجنب للدخول في محاورات أو حديث وتعمد الابتعاد عن أماكن تواجدهم. ويظهر على الطفل رغبة في الاختلاط بأطفال يصغرونه سنا أو الأطفال الذين يشبهونه في خجله وانطوائه. وقد يظهر على الطفل الخجول الالتزام بالصمت وعدم التحدث مع غيره بل تقتصر إجاباته على القبول أو الرفض أو إعلان عدم المعرفة للأمور التي يسأل فيها. وقد يبدي انشغاله بشيء ما عندما يوجه له الكلام أو يزوغ نظره، كما يظهر على الطفل عدم التناسق في الكلام وفي حالات أخرى التلعثم أو التأتأة. وقد يكتفي الطفل بالحديث مع أفراد اسرته وبعض أقرانه في الحضانة أو الروضة. ويبتعد عن المشاركة في اجتماعات أو رحلات أو أي نشاط داخل أو خارج الروضة. وقد يظهر على الطفل سلوك الخجل عندما يرتدي ثوبا جديدا أو لباسا يختص بالسباحة أو يحمل حقيبة جديدة أو يتناول طعاما مثلا. كما قد يظهر عليه مثل هذا السلوك عندما يتناول طعاما في الشارع العام أو حينما يقص شعره أو يغير طريقة تصفيفه. أو اللعب أمام الكبار. وقد يخجل الأطفال حينما يبدأون حوارا بينهم وبين المدرسين أو مدير المدرسة أو عندما يبتاع الطفل أشياء من البائعين ، أو عندما يستقبل أصدقاء والد الطفل أو والدته او عند إبلاغ بعض الأمور للكبار بناء على طلب أحد الوالدين. وكثير من الأطفال من يخجل من حضور الأفراح او الأعياد أو

حفلات النجاح. ويفضل الطفل العزلة والابتعاد عن مكان إقامة هذه المناسبات وعدم الرغبة في الانخراط فيها.

ولسلوك الخجل اسباب وعوامل عديدة: فقد يعتري الطفل شعورا بالنقص بسبب وجود عاهات جسمية تتعلق بأحد الأطراف كالعرج مثلا. أو بتشوهات في الوجه كطول الأنف او ضخامته أو كبر الأذن أو ضعف في السمع او الإبصار. أو قصر في القامة أو عكس ذلك. وقد يعود شعور الطفل بالنقص بسبب ما يسمعه من الآخرين عن نفسه منذ صغره من انه دميم الشكل ويتأكد من ذلك مع الزمن. وقد يشعر الطفل بالنقص نتيجة عوامل أخرى كانخفاض مستوى الثياب التي يلبسها. او عدم تمكنه من دفع اشتراكات أو تكاليف يطلب منه دفعها مثل باقي رفاقه. كما قد يشعر الطفل بالنقص نتيجة التدليل الزائد الذي يلقاه من الأبوين وأفراد أسرته. فيشعر حينئذ بعدم الكفاية ويفقد الثقة بنفسه ويصبح خجولا. وقد يشعرالطفل بأنه اقل من أقرانه. وقد تكون صراعات الأسرة ومشكلاتها سببا في عدم تمكنه من الاستذكار وتنفيذ الواجبات الدراسية له مما يؤدي ذلك الى شعوره بالخجل.

والطفل الذي لا يشعر بالأمن والطمأنينة لا يميل الى الاختلاط مع غيره. وربما يكون سبب ذلك الانطوائية الشديدة التي تخيم عليه او فقدانه الثقة بالاخرين وخوفه منهم. ان فقدان الأمن والطمأنينة قد يكون سببه الكبار ايضا نتيجة فقدانه لهم أو سخرية الوالدين له. فيتحاشى المزيد من الارتباك والشعور بالخجل أمامهم. وحين يشعر الطفل انه تابع للكبار وان رقابة شديدة قد فرضت عليه فان ذلك يكون سببا رئيسا لخجله وشعوره بالعجز عند محاولة الاستقلال. أو محاولة اتخاذ القرارات المتعلقة بالصغير دون مشورته. مثل لون ملبوساته أو عدم ذهابه لرحلة مع أقرانه بالرغم من ان الطفل يرغب بها لكنه لم يعبر عن ذلك أمام أمه او ابيه. ويلح بعض الآباء في طلب الكمال في أي شيء وكل شيء من أطفالهم في المشي في الأكل في الدراسة ويغفل هؤلاء الآباء عن ان السلوكيات يتعلمها الطفل بالتدريج. وقد يقوم بعض الآباء بتجريح طفلهم أمام رفاقه مما يسبب ألما شديدا له. فتتدهور مكانته بين أقرانه ويزيد من توتره وقلقه.

2: 10: 4 الغيرة Jealous :

الغيرة حالة انفعالية يشعر بها الفرد في صورة غيظ من نفسه أو من المحيطين به أو أحدهم. كما تمثل الغيرة انفعالا مركبا من حب تملك وشعور بالغضب بسبب وجود عائق مقصود حال دون تحقيق غاية مهمة. كما يمكن تعريف الغيرة بأنها ذلك الشعور غير المرغوب فيه الناتج من مجموعة من الاعتراضات وضروب الإحباط ضد ما نبذله من جهود من اجل الحصول على ما نحب.

ويميز الباحثون بين الغيرة والحسد Envy . على اعتبار ان الحسد رغبة في امتلاك ما لدى الغير أو الحصول على امتيازات يتمتع بها الآخرون. مع تمنى زوال

الشيء المرغوب فيه عند الآخرين. وهناك فرق بين الغيرة والمنافسة أيضا باعتبار ان المنافسة تدفع إلى التفوق والنجاح والإنجاز والى بذل الجهد من اجل تحقيق المزيد من النجاحات. ويرتبط الشعور بالغيرة بنمو المشاعر والعلاقات بين الطفل وأمه منذ الأيام الأولى لولادته. وتصبح هذه العلاقة مهمة ومؤثرة في حياة الطفل مع العمر.

وللغيرة أشكال ونماذج متعددة منها ما يتعلق بالغيرة بين الزوجين. ومنها ما يتعلق بالغيرة بين الأطفال. ومن أبرزها: **غيرة الزملاء، والغيرة الناتجة من عقدة أوديب، وغيرة الأخوة:**

وتتعدد مظاهر الغيرة عند الأطفال بتعدد مسبباتها. فقد يلجأ الأطفال إلى الضرب والشتم والتخريب أو الثورة والنقد تعبيرا عن سلوك الغيرة لديهم. وقد يلجأ البعض الأخر من الأطفال إلى الصمت أو التجهم أو الانزواء أو الإضراب عن تناول الطعام أو البحث عن أسباب للهم والنكد التي قد يلجأ إليه الأطفال في مواقف الغيرة. كما قد يفقد الأطفال الشهية وتصفر وجوههم ويصابون بصداع وشعور بالإرهاق والتعب ونقص بالوزن. وربما يتطور الأمر بهم فيتحول الأمر إلى توتر نفسي شديد. فيتحول إلى توتر فيزيولوجي يؤثر في الجسم ويتمثل في القيء واضطرابات معوية.

وللغيرة عوامل مسببة لها:

فقد تتباين المستويات الاقتصادية بين الأسر **(عوامل اقتصادية)** .فبعضها يكون مستواها الاقتصادي مرتفعا وبعضها الآخر ينخفض مستواها الاقتصادي فتؤثر على تلبية رغبات الأبناء وامتلاك ما يطمحون إليه من العاب وحاجيات. وبعض الأسر تكون شديدة البخل على أبنائها فتحرمهم من الحصول على بعض المزايا التي يحصل عليها الأطفال من أسر في نفس مستواهم. وفي داخل الأسرة الواحدة قد يقوم الأب بتلبية رغبات طفله الأول ويمتنع عن تلبية رغبات طفله الثاني، مما يحدث سلوك الغيرة عند الطفل الأصغر. وتنشأ الغيرة من التمييز الذي يقوم به الوالدان لدى أبنائهما مما لا يسمح الأطفال لهذا في الأسرة الواحدة التميز. ولا شك بأن المظاهر الخارجية للمساواة المادية في الحقوق والواجبات من شأنها ان تقلل من فرص الغيرة الناشئة عن الشعور بالحرمان.

ان مظاهر تفضيل الذكر عن الأنثى لا تزال منتشرة بين العديد من الأسر حتى لو تأكد الآباء أن ميلاد الذكر أو الأنثى ترجع إلى أسباب بيولوجية يحددها الذكر نفسه. ولا ريب في ان الآسرة كلها تحمل اسم الأب حتى قبل ميلاد الطفل. كما جرت العادة في كثير من البلدان ان تحمل الأنثى اسم أبيها قبل الزواج واسم زوجها بعد الزواج **(عوامل اجتماعية ثقافية)**. والطفل الأول يلعب دورا بارزا في ظهور بذور الغيرة. ولو نظرنا إلى ما يحصل عليه الطفل الأول من حب وعطف وحنان نجد انه يحظى بكل العطف والحب والحنان ولا يترك لشقيقه القادم شيئا يذكر لتبدأ من هنا بذور الغيرة بين الاخوة.

فالطفل الأول أكثر الاخوة عرضة للغيرة . وأن الطفل الأصغر هو الأكثر عرضة للمشاكل والاضطرابات الأسرية التالية. وهو اكثر أفراد الآسرة عجزا بين اخوته.

وقدوم طفل جديد للأسرة يعتبر شيئا عاديا وطبيعيا بالنسبة للأسرة لكنه بالنسبة لأي طفل، فان الطفل القادم الجديد سوف يحتل مكانته عند أبويه ويصبح الطفل المدلل بعد ذلك (**عوامل فيزيولوجية**). ومع بداية مولد الطفل الجديد تبدأ معاناة الطفل الأكبر وآلامه النفسية التي تؤدي في كثير من الحالات إلى اعتداءات على اخوتهم الرضع وغيرتهم الشديدة منه. وعامل نقص الخلقة أو ظهور عاهة لدى الطفل الجديد يستدعي من الأبوين مواقف معينة من الأبوين تجاه أطفالهما في المعاملة والحماية والرعاية مما يشعر بقية الأبناء بالغيرة اتجاه تغير سلوك الأبوين تجاههما.

ويشير الباحثون إلى ان أقسى أنواع الغيرة بين الأطفال هو ما ينشأ نتيجة الشعور بالنقص وعدم إمكانية التغلب عليه. مثل نقص في المظهر الجمالي أو القدرة الجسمية أو الممتلكات من العاب وثياب (**عامل الشعور بالنقص والمرور بمواقف محبطة**).

وقد يشعر أحد الأبوين أو كليهما ان هناك شبها قويا بين الطفل وأبيه أو بين الطفل وأمه. فان ذلك ينعكس على سلوكيات أحد الأبوين أو كليهما على الطفل نفسه ويمس هذا المتغير بقية الاخوة وعناية الوالدين بهم (**عوامل نفسية**). ثم ان عوامل الأنانية التي تجعل الطفل راغبا في الحصول على أكبر قدر من عناية الوالدين له. تجعله يبذل من اجل ذلك أقصى جهد ممكن لتحقيق هدفه. ومن الآباء من يتخذ من السخرية والعبث بمقدرة الطفل وموازنتها بقدرات طفل آخر متخذا من نواقص الطفل مجالا للضحك والسخرية والمزاح فينبعث سلوك الغيرة من الطفل جراء ذلك.

2: 10: 5 مص الاصابع وقضم الاظافر:

يضع الطفل أحد أصابعه في فمه. وغالبا ما يكون هذا الإصبع هو إبهامه. ثم يغلق شفتيه وتبدو حركة بسيطة للفكين والوجنتين للطفل. وقد يكون المص للأصابع أو لاجزاء أخرى من البدن مثل إصبع القدم أو المنطقة بين السبابة وإبهام اليد أو كلوة اليد... أو أي جزء من الجسم يتبعها سلسلة من الحركات المنتظمة التي يشعر معها الطفل باللذة.

ولمص الأصابع أشكال متعددة. فقد يحدث مص الإبهام بوضع إصبع الإبهام بحيث يكون الظفر إلى اسفل داخل الفم في معظم الأحوال. وتشكل بقية أصابع اليد كفا شبه مغلقة (مقبوضة). وقد يضع الطفل السبابة في فمه ويكون الأصغر في وضع رأسي داخل الفم عموديا على الفك. وقد يمارس المص بشكل دائم.

وقد يلجأ بعض الأطفال الى مص الأصابع ليلا خاصة عند بدء النوم. وقد يلجأ بعض الأطفال إلى مص الأصابع قبل النوم دون اعتبار لفترته ليلا او نهارا. ويضع الطفل أحد أصابعه في فمه. وغالبا ما يكون هذا الإصبع هو إبهامه. ثم يغلق شفتيه وتبدو

حركة بسيطة للفكين والوجنتين للطفل. وقد يكون المص للأصابع أو لاجزاء أخرى من البدن مثل إصبع القدم أو المنطقة بين السبابة وإبهام اليد أو كلوة اليد... لاحظ ان جميع عمليات المص لأي جزء من الجسم يتبعها سلسلة من الحركات المنتظمة التي يشعر معها الطفل باللذة.

يحدث مص الإبهام بوضع إصبع الإبهام بحيث يكون الظفر إلى اسفل داخل الفم في معظم الأحوال. وتشكل بقية أصابع اليد كفا شبه مغلقة (مقبوضة). وقد يضع الطفل السبابة في فمه ويكون الأصغر في وضع رأسي داخل الفم عموديا على الفك.

أما قضم الأظافر Naibiting: فهو من اضطرابات الوظائف الفمية مثل عدم الإحساس بالطعم أو عدم القدرة على البلع... وغيرها. ويظهر هذا النمط من السلوك واضحا لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين سن: 4 - 5 سنوات. وهي وسيلة يقوم بها الطفل من أجل تخفيف حدة التوتر والقلق والتخفيف منه. وكثيرا ما يقوم به بعض الأطفال نتيجة شعورهم بالضجر والغضب والملل.

ولقضم الأظافر أشكال عديدة: فقد يقوم بعض الأطفال بقضم اظافر اليد بحيث يسبب ذلك السلوك تشوها واضحا بالأصابع. وقد يسبب جروحا ونزيفا في اليدين جراء ذلك. وقد يقوم بعض الأطفال بقضم أظافر أرجلهم إضافة الى قيامهم بقضم أظافر أيديهم. ويشير بعض الباحثين الى ان مثل هذا السلوك يشير الى عملية توافق عضلي أو تآزر جسمي لديهم. ونادرا ما نجد أطفال يقضمون أظافر غيرهم من الأطفال، ويحدث مثل هذا النمط من السلوك إما على سبيل المزاح ، أو نتيجة حملهم لأطفال أصغر منهم سنا. من اجل ممارسة هوايتهم في قضم الأظافر.

ويقوم بعض الأطفال بقضم الأظافر رغبة منهم في إزعاج الوالدين وشعورا من هؤلاء الأطفال انهم بمثل هذا النمط من السلوك إنما يعاقبون أهليهم جراء تصرفاتهم نحو ذلك الطفل. ويشير عدد من المنظرين ان الأطفال يتجهون الى قضم أظافرهم باعتباره عقابا للذات ونتيجة لشعورهم بالسخط على والديهم. وعدم استطاعة هؤلاء الأطفال تفريغ شحناتهم الانفعالية فيرون في القيام بمثل هذا السلوك تفريغا لشحناتهم الانفعالية أو جزءا منها على الأقل. ومن ثم تتجه عدوانيته الى ذاته وليس في اتجاه والديه (ملحم، 2007).

يحدث سلوك قضم الأظافر عند بعض الأطفال نتيجة رفع الأهل والمعلمين لمستوى مطالبهم عما يؤديه الطفل من نشاط او عمل. وغالبا ما يخشى هؤلاء الأطفال عدم قدرتهم على تلبية مطالب الآخرين هذه فيلجأ الى سلوك قضم الأظافر. ووجود النماذج التي تمارس سلوك قضم الأظافر من الجوانب المهمة ليس فقط في انتشار تلك العادة. بل أيضا في تثبيتها أو على الأقل تأخر عدول الطفل عنها.

2: 11: الاضطرابات السيكوسوماتية:

2: 11: 1 الاضطرابات التحولية:

تتصف الاضطرابات التحولية بواحدة او اكثر من الاعراض التي تؤثر على الوظيفة الحسية او الحركية الارادية . وتمثل حالة عصبية او طبية عامة. وترتبط عادة بعوامل سيكولوجية مع اعراض أخرى مع تفاقم الاعراض تسبقها صراعات او ضغوط. وتحدث لدى الاطفال والمراهقين فجأة. كفقدان الاحساس مثل العمى وفقدان اللمس والاحساس بالالم، وازدواج الرؤية Diplopia والشلل Paralysis واحتباس البول، وعدم القدرة على تنسيق الحركات اللاارادية، وفقد الصوت، وعسر الكلام، وعدم فهمه وتغير في الوعي والسقوط غير المفسر والاغماء.

ويعزو أصحاب **النظرية السيكولوجية** اسباب الاضطراب التحولي كتعبير رمزي مباشر لصراع سيكولوجي مميز. حيث يتحول الصراع اللاشعوري الى اعراض جسدية. ويرى باحثون آخرون بأنه ليس بالضرورة ان يكون لهذه الاعراض معنى رمزي ولكنها قد ترتبط بصراعات لاشعورية عامة تتضمن حاجات الاعالة او قلق الأداء.

ويشير أصحاب **نظرية العوامل البيولوجية** الى بعض الادلة على ان الاعراض التحولية تترسب بواسطة الاثارة الزائدة عن الحد في قشرة الدماغ والتي بدورها تحرك اشارات اعاقة تفاعلية عند اقتران الكروموسومات الصبغية في المسارات الحركية الحسية. الناتجة عن معلومات راجعة سلبية بين فصوص المخ.

وقد يتعلم الطفل بسرعة فوائد القيام بدور المريض. مع تزايد اهتمام الابوين بالطفل وتجنب الضغوط المدرسية غير السارة. ويعبر الاطفال ازاء ذلك عن انفعالاتهم تجاه والديهم بصعوبة لفظية. كما تلعب الانظمة الاسرية والعوامل الثقافية أدوارا هامة في اضطرابات التحول في بداية وبقاء الامراض بنفس الطريقة التي وصفت في اضطراب الالم.

2: 12: اضطرابات السلوك:

2: 12: 1 العناد والتمرد:

يشير العناد Disobediance الى عدم تنفيذ الطفل لما يؤمى به من الكبار ويصر على تصرف ما. تعبيرا عن رفضه لرأي الآخرين او الرغبة في تحقيق اهداف ومقاصد معينة.

ويتميز العناد بالاصرار وعدم التراجع حتى في حالة الاكراه والقسر ويكون الطفل واعيا بموقفه. ويظل محتفظا باصراره. ويتصف هؤلاء الاطفال بأنهم مجادلون للكبار. وكثيرا ما يفقدون هدوءهم ويغضبون ويتضايقون من الاخرين بسهولة ويتحدون قواعد الكبار واوامرهم. ويلاحظ عليهم كذلك رفضا للاذعان للقواعد. وسلوك مزعج مما يتعدى التوقعات لمثل هذا السلوك.بمقارنته مع سلوك شخص آخر في نفس مستوى العمر.

وتشير الدراسات الوبائية الخاصة بمعدلات انتشار السمات السلبية في الجماعات غير الاكلينيكية هذا السلوك فيما بين 16 – 22% من الاطفال في سن المدرسة. ويرى الباحثون ان نمو هذا الاضطراب يبدو في مرحلتين:

- **المرحلة الاولى**: وهي المرحلة الشرجية (خلال العام الثاني من العمر وبعده) حيث تبدأ مؤشرات الاستقلالية وتأكيد الأنا المنفصل عن الآخر. وذلك بعد التلاحم في الفترة السابقة مع الام.

- **والمرحلة الثانية**: هي مرحلة المراهقة. حيث يكون العناد كتعبير للانفصال عن الوالدين.ويسود الاضطراب بين الذكور قبل سن البلوغ.

وعادة ما يتشاجر الاولاد الذين يعانون من هذا الاضطراب مع البالغين الكبار. فيفقدون اعصابهم ويغضبون ويمتعضون. ويصبح من السهل على الاخرين مضايقتهم. ويكثر تحديهم لطلبات او اوامر الكبار. ويتعمدون مضايقة الاخرين. كما يميلون الى القاء اللوم على الاخرين على اخطائهم او سوء سلوكياتهم. وغالبا ما تظهر اعراض هذا الاضطراب في المنزل. لكنها لا تلبث ان تظهر جلية خارج المنزل في التفاعلات والتعاملات مع الكبار او الاقران.

ويأخذ هذا الاضطراب اشكالا متعددة من ابرزها (عبد المعطي، 2003):

- **عناد التصميم والارادة**: يظهر هذا النمط من العناد عند بعض الأطفال لدى إصرارهم على محاولة إصلاح لعبه. خاصة إذا أصيب الطفل بالفشل عند إصلاحها في المرة الأولى. عندها يزداد إصراره على تكرار محاولته مرة أخرى.

- **العناد المفتقد للوعي**: كإصرار الطفل الذهاب إلى السوق رغم هطول الأمطار الشديدة وعدم توافر وسيلة نقل لذلك. ورغم محاولة والديه إقناعه بعدم الذهاب. وكذلك إصراره على عدم النوم من اجل مشاهدة برنامج تلفزيوني بالرغم من محاولات أمه وافهامه السبب حتى يستيقظ مبكرا صباح اليوم التالي. ويكون إصرار الطفل في مثل هذه المواقف عناد ارعن مفتقد للوعي والإدراك.

- **العناد مع النفس**: كاصرار الطفل على عدم تناول الطعام وهو جائع نتيجة احساسه

بالالم او سيطرة الغيظ عليه. ويزداد اصراره كلما حاولت الام اقناعه على تناول الطعام. وقد يشعر في داخله بالجوع والتضور لكنه يكابر ويزداد عناده ويصبح في صراع داخلي مع نفسه وعناده.

- **العناد كاضطراب سلوكي** : وحينما يعتاد الطفل العناد كوسيلة متواصلة ونمط راسخ وصفة ثابتة في الشخصية فان ذلك يؤدي الى اضطراب خطير في سلوكه وعواطفه وافكاره بسبب النزوع الى المشاكسة ومعارضة الاخرين.
- **عناد فيزيولوجي:** وقد يصاب الطفل إصابات عضوية في الدماغ كالتخلف العقلي مثلا. فيظهر الطفل أنماطا من السلوك العنادي أمام الآخرين

ووفقا لما ورد في الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية الامريكي في الاصدار الرابع عام DSM IV 1994 فانه يمكن تشخيص اضطراب العناد والتمرد وفقا لمحكات السلوك التالية:

- نمط من السلوك السلبي العدائي والجرأة. بحيث يستمر بحده الادنى مدة ستة أشهر ويظهر خلالها اربعة او اكثر من السمات التالية: فقد الاعصاب ، الجدال مع الكبار، معارضة او رفض الاستجابة لمطالب الكبار واوامرهم، تعمد مضايقة الناس، لوم الاخرين على اخطائه او سلوكه السيء، شدة الحساسية ومضايقة الاخرين لسلوكه، الغضب وسرعة الامتعاض Resentful ، الحقد Spiteful او الانتقام Vindictive
- يحدث الاضطراب ضعفا واضحا في النواحي الاجتماعية والأكاديمية والمهنية.
- لا يتفق المحك مع محكات السلوك المنحرف. ولا يتفق مع محكات اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع Antisocial personality disorder.

يمكن تصنيف اضطراب العناد والتمرد بحسب درجة شدته الى:

- **اضطراب خفيف:** حيث تكون اعراضه قليلة تفي بالتشخيص والاعاقة الناشئة عن الاضطراب طفيفة.
- **اضطراب معتدل:** اي الوسط بين الخفيف والشديد من حيث درجة الاضطراب والاعاقة
- **اضطراب شديد (حاد):** حيث يكون الاضطراب والاعاقة مشوهة للاداء المدرسي والاجتماعي مع الكبار والرفاق.

توجد عدة اسباب لاضطراب العناد والتمرد فحين يكون العناد عاديا وغير مبالغ فيه من قبل الطفل وفي مواقف طبيعية يكون هذا النمط من السلوك مستحبا من قبل الطفل. بحيث يطور ثقته بذاته ويدعم سمة الاستقلالية لديه. إلا أن هناك أسبابا عديدة تدعو الطفل الى العناد من أبرزها:

أولا: اقتناع الكبار غير المتناسب مع الواقع:

ان كثيرا من الأوامر وانماط السلوك التي يفرضها الأبوان على طفلهما تعود سلبا عليه وتحد من حركته ونشاطه. وربما تحدث ضررا لديه. كأن تأمر الأم طفلها بارتداء معطف ثقيل يعرقل حركته أثناء اللعب. أو تأنيب المدرسة له بارتداء معطف ثقيل يخالف فيه الزي الرسمي المدرسي. عندئذ يندفع الطفل نحو العناد كرد فعل للقمع الأبوي الذي أرغمه على ارتداء المعطف .

ثانيا: أحلام اليقظة:

قد يحدث العناد عند الطفل نتيجة عدم قدرة الطفل على التفريق بين الواقع والخيال. فيندفع نحو التشبث برأيه دون ان يأبه لآراء الاخرين من حوله. فيصطدم مع الكبار ويصر الطفل على عناده.

ثالثا: التشبه بالكبار:

وقد يقلد الطفل أبويه في عنادهما عندما يصممان على ان يفعل الطفل سلوكا ما دون رغبة منه. وحين يسأل الطفل عن سبب عناده. فانه يجيب: كما تفعل أنت.

رابعا: رغبة الطفل في تأكيد ذاته:

يمر الطفل بمراحل نموه النفسي المتتابعة. فتظهر عليه علامات العناد في مرحلة عمرية محددة. من النمو مما تساعد الطفل على بناء شخصيته والتمتع باستقلالية اتخاذ القرار في سلوكياته وهو أمر طبيعي بل وحتمي لتطور أنماط السلوك عند الطفل. لكنه قد يتعلم العناد من اجل تحقيق مطالبه. ويصبح بالنسبة له سلوكا غير سوي إذا تجاوز هذا السلوك النمو الطبيعي للطفل.

خامسا: البعد عن مرونة المعاملة:

يبحث الطفل عن الحب والعطف والحنان لدى الآخرين من حوله بعيدا عن اللغة الجافة كإصدار الأوامر له والتدخل في سلوكياته بصورة مستمرة. مما يدفع الطفل إلى اختيار سلوك العناد سبيلا للتخلص من مواقف التدخل المستمر من قبل الآباء والآخرين من حوله.

سادسا: رد فعل ضد الاعتمادية:

وقد يظهر سلوك العناد كسبب حتمي للاعتمادية الزائدة على ألام او المربية او الخادمة. وحبا في بناء شخصية مستقلة له.

سابعا: رد فعل ضد الشعور بالعجز:

وقد يحبذ الطفل العناد كدفاع ضد الشعور بالعجز والقصور وشعور بوطأة خبرات الطفولة أو مواجهته لصدمات أو إعاقات مزمنة.

ثامنا: تعزيز سلوك العناد:

ان تلبية مطالب الطفل وتحقيق رغباته نتيجة ممارسته لسلوك العناد يعزز تكرار سلوك العناد في مرات قادمة. ويتدعم لديه سلوك العناد بحيث يصبح احد السمات التي تميزه عن غيره من الأطفال.

12: 2 السلوك المنحرف (الجانح):

يشير جنوح الأحداث الى سوء تكيف الحدث مع النظام الاجتماعي الذي يعيش فيه، وعن المعايير الاجتماعية بشكل كبير، بحيث يؤدي على إلحاق الضرر بنفسه، وحياته، ومجتمعه ومستقبله. فالحدث الجانح شخص يعاني اضطراباً نفسياً، ونقصاً في الوعي الاجتماعي، وضعفاً وجدانياً، وخبرات طفولة غير سارة، وصعوبة في بناء العلاقات مع الآخرين. وأن جنوح الأحداث يمثل سوء تكيف الحدث مع النظام الاجتماعي الذي يعيش فيه، كما يعرفه المطلق (1998) بأنه كل سلوك مخالف لتعاليم وأحكام القانون ويحكم عليه القاضي بأنه سلوك جانح، ويوضع فاعله في مراكز الأحداث. ويرى انجلش (English) أن الجنوح يمثل انتهاكا بسيطا للقواعد القانونية والأخلاقية للنظام الاجتماعي السائد" (عيسوي، 1984؛ أولبسير، 1985). كما تعرف بنت (Bennet) الحدث الجانح بأنه ذلك الطفل الذي تكون الجرائم قد أدت به إلى الحضور أمام محكمة الأحداث أو مراكز توجيه الأطفال (الشرقاوي، 1986).

وتتفق معظم النظريات على معالجة هذه المشكلة على أساس نوعين من الجنوح هما الجنوح الجماعي والجنوح الفردي، أما الجنوح الجمعي وهو الذي يظهر في سلوك الشلل أو العصابات (Gangs)، وهي تلك الجماعات التي تنغمس في أنشطة منحرفة، مثل: سرقة السيارات، أو الضرب، أو الاغتصاب الجنسي، أو غير ذلك من السلوك المنحرف، أما الجنوح الفردي فهو الذي يظهر في الأسر والمجتمع على مختلف طبقاته، ويعبر عن محاولة الصغير لحل مشكلة خاصة به (Cohen, 1995).

وتتفق معظم الدراسات والبحوث التي اجريت على سلوك الجنوح عند المراهق أن الظروف الاجتماعية والاقتصادية السيئة والصعبة التي يعيش فيها الحدث من أهم أسباب الانحراف، وقد تتداخل مجموعة من الظروف معاً لتشكل بيئة خصبة تؤدي إلى انحراف المراهق. وأن التفاعل بين هذه العناصر يجعل من البيئة التي يعيش فيها الطفل بيئة خصبة للأخطار التي تحيط به وتؤثر على سلوكه من كافة الجوانب، وهذا يعني تشكيل ما يمكن تسميته بعوامل الخطر (Risk Factors) التي يطال تأثيرها على منظومة قيم المراهق التي توجه سلوكه وأفعاله من خلال تكوين اعتقادات خاصة لدى

المراهقين عن الآخرين (الآباء والمعلمين والكبار الراشدين والمؤسسات) بما في ذلك تكوين أحكامهم الأخلاقية ومفاهيم السلطة لديهم وأنماط التعامل مع القانون مؤسساته. وممارسة سلوكيات توصف بأنها غير اجتماعية، وتعلم عادات خاطئة مثل استخدام المواد الضارة وأشكال الجنوح (كالسرقة والتخريب والعنف والاعتداءات الجنسية أو الخبرات الجنسية المبكرة).

ويعمل المراهقون الجانحون من أجل مساعدة أسرهم مجبرين على ترك المدرسة، مما يساهم في تعرضهم لخطر الاستغلال والإساءة من أصحاب العمل وبيئة العمل، وبالتالي يجدون أنفسهم مضطرين لتعلم الكثير من الأساليب غير الاجتماعية للتكيف والتعايش مع الظروف الصعبة التي يوضعون بها كالشللية، التي تفرض عليهم القيام بالأعمال التي تضمن بقاءهم ضمن الشلة والتي غالباً ما تؤدي بهم للسجن أو دور الأحداث .(Grossman,1998).

وقد يتعرضون إلى خبرات لا تتوفر فيها الحماية مثل الاعتداءات والإساءة الجنسية، التي تشكل بالنسبة إليهم خبرات تؤثر في قيمهم ونظرتهم إلى الكبار الذين يشكلون مصدراً للسلطة والخطر، وقد تبدأ هذه الخبرات في أعمار مبكرة مما يترتب عليها قيامهم بعد بلوغهم سن المراهقة بممارسة نفس السلوكيات كنوع من الانتقال والتعويض عن عدم قدرتهم على الدفاع عن أنفسهم عندما كانوا يتعرضون لهذه الخبرات. وغالباً ما يأتي هؤلاء المراهقون الجانحون من خلفيات أسرية مفككة، نتيجة حالات طلاق أو سجن الوالدين أو أحدهما أو الخلافات المستمرة الناجمة عن عدم عمل الأب وغياب دوره واعتماده عليهم في العمل، وهذا يعني غياب الرقابة والنموذج السليم. مما يفقدهم الحس بالانتماء وتزداد نظرة الكراهية والحقد للمجتمع. وبالتالي تصبح وسيلتهم للتعبير عن ذلك ممارسة الأعمال العدوانية تجاه المجتمع بقوانينه وانظمته ومؤسساته .(Grossman,1998)..

وأكد "هوفمان(Hoffman 1991) أن المراهقين الجانحين كانوا يعيشون في أسر مفككة ويخضعون لأساليب من الرعاية الوالدية الضاغطة والعقابية، وأن آباءهم كانوا يجبرونهم على التقيد بقواعد وأنظمة أفقدتهم الحس بالمسؤولية واتخاذ القرار، مما كان يدفعهم لممارسة اعتداءاتهم على ممتلكات المدرسة وعلى الطلبة والفتيات الأصغر سناً متذرعين بأن المعايير التي يستندون عليها تعتبر قيماً مفيدة لهم وتجعلهم يحصلون على ما يريدونه.

ويستخدم المراهقون الجانحون المواد والعقاقير الضارة مثل شم "التنر" و"الأجو" وشرب الكحول وأحياناً المخدرات، مما يزيد من تعرضهم أو ممارستهم للعنف بأشكاله المختلفة، وينتمون للعصابات والشلل التي تصبح عالمهم الخاص، وكلما زاد اعتمادهم على هذه المواد وزادت حاجتهم لها وبالتالي فهم يلجأون لأي عمل غير مشروع

كالسرقة أو الاعتداء على الآخرين للحصول على هذه المواد. وقد تتطور هذه الأنواع من السلوكات لتصبح مثل سلوك العصابات، لتصبح جزءاً من حياة المراهقين الجانحين اليومية، وتتشكل معها أدوارهم داخل الأسرة وخارجها، وقد تصبح مدعومة من بعض الأسر كالتسول والسرقة والأعمال غير المشروعة بما يساهم في تكوين مفاهيم خاطئة للمعايير والقيم الأخلاقية وبالتالي الانحراف والجنوح.

ويتميز المراهقون في هذه المرحلة من العمر بحدة الصراعات الداخلية الناجمة عن الرغبة في الحصول على الاستقلال التام وإثبات الذات، وقد تسبب هذه الصراعات في توجه المراهق للقيام بسلوكيات خاطئة تعبيراً عن رفضه للسلطة، مما يساهم في زيادة حدة الانفعالات لديه. ويصبح في حالة مزاجية متقلبة، ونتيجة لما يواجهه المراهق من انتقادات ورفض لسلوكياته سواء من داخل الأسرة أو من خارجها كالمدرسة أو المجتمع فأن شعوره بالإحباط يزداد وتنمو معه مشاعر الإحساس بالفشل والعزلة (Willard, 2001). ويعتقد كولبرغ أن الجانحين يتميزون بعدم النضج الأخلاقي الذي لا يرتبط بعمر معين، فقد يظهر الجنوح في أي مرحلة من مراحل التطور الأخلاقي له. (عدس وتوق2005). ويعبر بياجيه عن خصائص المراهقين الجانحين بأنهم يرون الأشياء أبيض وأسود، وصحيحة أو مغلوطة، وهم لديهم ثنائية أخلاقية، ويهتمون بتصنيف الأشياء دون تفهم المعنى والمحتوى.

ومن خلال الدراسات التي اجراها جيبس (Gibbs, 1999) مع المراهقين غير الاجتماعيين (Antisocial Adolescents) اشار الى أن هؤلاء المراهقين الذين يتم إخضاعهم للنظام القضائي الخاص بالجانحين، يتصفون عادة بتأخرهم في النمو الأخلاقي الاجتماعي، بسبب غياب البيئة الاجتماعية والمعرفية لمساعدتهم على حل صراعاتهم وأزماتهم حول الهوية من جهة، وغياب المتابعة والمراقبة لأفعالهم وقراراتهم من جهة أخرى جعلتهم يتمسكون بما طوروه لأنفسهم من قيم خاصة ذاتية ومتعارضة مع قيم مجتمعاتهم ومع القيم التي تتضمنها مناهج التعليم.

أولا: اشكال السلوك المنحرف (الجانح):

يصنف الجانحون الى الفئات التالية:

أ - الجانحون المتطرفون Excessive Delinquents:

وهم الأشخاص الذين خرجوا عن القواعد الفكرية، والقيم، والمعايير، والأساليب السلوكية السائدة في المجتمع، وتبنوا ثقافة مضادة، ذات قيم، ومعتقدات، ومواقف متشددة، وسلوكيات منحرفة. ومن هؤلاء: الجانحون المتطرفون دينياً Religious Excessive Delinquents الذين تجاوزوا حد الاعتدال في السلوك الديني فكراً وعملاً. (بيومي،

1992). والجانحون المتطرفون سياسياً Political Excessive Delinquents الذين يفشلون في تحقيق أهدافهم التي لا تتفق مع النظم الاجتماعية السائدة في المجتمع، فيتمردون على المتجمع ويرفضون قيمه ومعاييره بصورة واضحة، ويتبنون لأنفسهم قيماً ومعايير ومبادئ مضادة، ويقومون بأعمال متمردة ومناهضة للنظام الاجتماعي القائم والثورة عليه بهدف تغييره وإزالته. والجانحون العنيفون Violent Delinquents الذين يرتكبون أعمالاً عنيفة مثل القتل، والاغتصاب، والسرقات الخطيرة سعياً وراء إشباع حاجاتهم، ويكونون على شكل عصابات، وناقمون على المجتمع الذي لم يتح لهم فرصة الحياة. ويكونون من مستويات اجتماعية واقتصادية منخفضة. والجانحون المتصارعون Conflicting Delinquents الذين يشكلون عصابة قوية وصلبة، ويقضون أوقاتهم في النشل وأعمال المشاغبات، وتعاطي المخدرات، ومنهم من يتورط في أعمال قتالية أو جنسية. (نقولا، 1990). والجانحون الانهزاميون Defeated Delinquents الذين يتورطون في ارتكاب أفعال جانحة في صورة هجوم عدواني من أجل الحصول على أموال لشراء المخدرات أو لتعاطيها، أو التعرف على مصادر الحصول عليها بأي أسلوب حتى لو كان إجرامياً. ومدمنو المخدرات يدعون أنهم محبطون من المجتمع الذي لا يعطي لهم الفرصة للتعبير عن ذواتهم.

ب - الجانحون السيكوباتيون Psychopathic Delinquents

الجانحون السيكوباتيون هم الأشخاص الذين يعبرون عن أزماتهم بتحدي المجتمع، والخروج على نظمه، أو التخلي عن جميع المسؤوليات، والاستسلام لحياة العبث والفوضى، ويرتكبون أفعالاً جسيمة مثل الاختلاس، والتزوير، والنصب، والاحتيال، وتعاطي المخدرات، والاعتداءات الجنسية (راجح، 1987).

ج - الجانحون العصابيون Neurotic Delinquents:

وهم الأشخاص الذين لديهم اضطراب وظيفي دينامي انفعالي نفسي في الشخصية (زهران، 2005). وتشير الإحصائيات إلى أن نسبة (15%) من حالات السلوك الإجرامي التي يتم تشخيصها مرتبطة بالعصاب النفسي، وبذلك فإن السلوك الإجرامي المضاد للمجتمع يعزى إلى عوامل لا شعورية مثل التلصص، وسرقة الأشياء، وإشعال النار في ممتلكات الآخرين، ويتسم أفراد هذا الصنف بالخجل، والقلق، والاكتئاب، والصراع مع سلوكياتهم اللااجتماعية (رجب، 1998).

د - الجانحون العدوانيون:

وهم الأشخاص الذين يرتكبون أفعالاً هجومية، وأفعالاً ذات قسوة بالغة موجهة نحو الإنسان والحيوان بدون أي سبب وهم كالذئاب يتجنبهم الصغار نتيجة لانشطتهم

العدوانية، والجانح في هذا الصنف ليس دائماً ضد المجتمع وذلك إذا وضع في الاعتبار أن سبب عدوان هؤلاء الجانحين هم الآخرون كالآباء، وغالباً ما يبدأ عدوانهم وأفعالهم العنيفة قبل المراهقة ويتحولون على عيادات الإرشاد (نقولا، 1990).

هـ - الجانحون أصحاب السلوك المشكل:

وهم الأشخاص الذين يرتكبون إساءات غريبة فردية خطيرة في طبيعتها مثل جرائم التخريب المتعمد، والشذوذ الجنسي وهم غالباً يرتكبون جنوحهم بأسلوب الذئب المفترس، والحدث في ذلك يتعمد أن يكون خجولاً، وأن يظهر أنه غير مرغوب فيه من الزملاء، وأن أفعاله الجانحة لا تتم في إطار تأييد من الزملاء، ويطلق عليه (الجانح صاحب السلوك المشكل)(نقولا،1990).

وطبقاً لدليل التشخيص الإحصائي الرابع (American Psyctriatric Associatioin: Diagnostic & Statical Mannual of Mental, Disorders (DSM IV) للاضطرابات النفسية، فإن اضطراب التصرف قد يشخص عندما يسيء الطفل سلوكه بشدة من خلال سلوك عدواني أو غير عدواني ضد الناس أو الحيوانات أو الممتلكات، ويمكن أن يوصف سلوكه بالتدميري أو العدواني أو الغش أو العصيان والخداع أو القسوة الجسدية، وتتضمن اضطرابات التصرف، والتسبب في الجرح المتعمد أو الإجبار على النشاط الجنسي (الاغتصاب)، كما هو منصوص عليه في دليل التشخيص الإحصائي الرابع (DSM IV) فإن اضطراب التصرف هو نمط متكرر ودائم من السلوك الذي يكون فيه انتهاكاً للحقوق الأساسية للآخرين أو للمعايير والقوانين الاجتماعية. ويتم تشخيصه من خلال وجود ثلاثة أو أكثر من المعايير التالية في الاثني عشر شهراً الماضية، مع وجود معيار واحد على الأقل خلال الستة أشهر الماضية، وهذه المعايير هي:

- **العدوان على الناس والحيوانات**:كأن يكون متسلطا في أغلب الأحيان، يهدد أو يخيف الآخرين. يبدأ في الاعتداء الجسدي والصراع غالباً. يستعمل السلاح الذي يمكن أن يسبب أذى جسدياً للآخرين، ومثال على ذلك (قنينة مكسورة، طوبة، سكين، وبندقية). يقسو على الناس والحيوان. يسرق من الضحية أثناء المواجهة مثل: اختطاف المحفظة، أو الابتزاز، أو سرقة بقوة السلاح

- **تدمير الممتلكات** مثل: إشعال الحرائق بهدف التسبب بالأضرار البالغة. وتدمير متعمد لممتلكات الآخرين. والخداع أو السرقة، يقتحم بيت شخص آخر، أو بناية أو سيارة. يكذب في أغلب الأحيان للحصول على السلع أو الاستحسان، أو لتفادي الالتزامات (وبمعنى آخر: يخدع الآخرين). ويقوم بسرقة الأشياء الثمينة دون مواجهة للضحية، ومثال على ذلك: سرقة بدون تكسير أو دخول أماكن أو تزييف.

- **انتهاكات خطيرة لقواعد السلوك:** كأن يبقى خارج المنزل أثناء الليل، على الرغم من منعه من قبل والديه قبل العمر (13) سنة. والهروب من البيت ليلاً على الأقل مرتين، بينما هو يعيش مع والديه أو في البيت البديل (أو مرة دون عودة لفترة طويلة). والتغيب عن المدرسة قبل العمر (13) سنة.
- **الاضطراب في السلوك يسبب ضعفاً واضحاً في الوظائف الاجتماعية والأكاديمية أو الوظائف المهنية.**

هذا، وقد تعددت النظريات التي اهتمت بتفسير ظاهرة الجنوح:

فقد اعتمد لامبروزو Lomoroso صاحب النظرية البيولوجية: Biological theory على التشريح للوصول إلى نتائج توضح أن الجريمة نتاج لتشوهات دماغية وعصبية تخل بالعلاقة بين وظائف الإرادة والقيم الخلقية في الدماغ، وأن هناك سمات جسمية يتميز بها كل من المجرم والجانح عن غيره من الأفراد العاديين من حيث قوة الجسم، وقصر القامة، ونتوء عظام الخدين، وكثافة شعر الرأس والجسم، وكبر الفك الأسفل، وزيادة في طول الذراعين والرجلين، وغير ذلك من الصفات وما لديه من زيادة في الهرمونات الذكرية. (العمري، 1994).

ويفسر أنصار **نظرية التحليل النفسي Psychological Theory** جنوح الأحداث على ضوء العوامل النفسية والتربوية على غرار التنشئة الاجتماعية، أو في ضوء النظرية الشخصية. فإذا ما سيطرت (الهو) على الشخصية، فإنها تقود إلى الاضطرابات النفسية والسلوكية، وبالتالي الوقوع في التردد والخوف والشعور بالذنب مما يقوده للانحراف (القاسم، 1985). وأن الحدث الجانح هو ذلك الشخص الذي سيطرت عليه دوافعه الفطرية والنزعات الأنانية، وأخفق في إقامة علاقة بينه وبين والديه، (الزراد، 1984).

وترى **النظرية السلوكية:Beheavioral theory** أن معظم سلوكيات الإنسان متعلمة، وهي تمثل استجابات لمثيرات محددة في البيئة، وعندما يولد الشخص يكون مزوداً ببعض الاستعدادات، ويعتبر سلوكه نتيجه لتفاعل الاستعدادات الوراثية مع البيئة. (الصمادي وعبدالله،1994).

ويرى **روجرز Rogers** أن جنوح الفرد هو نتاج عدم توافق مفهوم الذات مع خبراته الحقيقيه وإنكارها، وتصرفه بأساليب سلوكية غير متوافقة مع ذاته، وفي حالة تكرار الفرد لذلك فإنه يدرك هذه الخبرات على أنها مهددات لذاته. وأن الفرد يكون معرضاً للقلق والإحباط الذي يؤدي به إلى الانحراف لعدم قدرته على التمييز بين الأشياء التي ينتمي إليها والتي ينتمي إليها الآخرون. وإدراكه للقيم المرتبطة بخبراته بطريقة

مشوهة. وتكوين صورة عن الذات غير مطابقة للحقيقة والواقع. واختيار الفرد أساليب سلوكية لا تتفق مع مفهومه عن ذاته. وعدم إدراكه لذاته إدراكاً سليماً، الأمر الذي يؤدي إلى عدم فهم الآخرين وعدم تقبلهم (Gibson & Living, 1985).

وتشير **النظرية المعرفية Cognitive Theory** الى معتقدات الفرد التي تم تكوينها في طفولته المبكرة، وتطورت مع التقدم في العمر. بحيث تؤدي خبراته المبكرة إلى تكوين معتقدات أساسية عن ذاته وعالمه، وبشكل طبيعي فإن الأفراد يمرون بتجربة دعم وحب الوالدين التي تؤدي إلى معتقدات مثل "أنا محبوب، وأنا كفء" والتي بدورها تؤدي إلى تكوين نظرة إيجابية عن أنفسهم. كما أن الخبرات السلبية التي يمرون بها مثل: خبرات القمع من معلم أو أحد الوالدين تؤدي بدورها إلى معتقدات مشروطة، مثل "إذا لم يحب الآخرون ما أعمل، فأنا عديم القيمة" ومثل هذه المعتقدات تصبح أساسية كمخططات معرفية سلبية (Negative Cognitive Schemas). وتكون هذه الاعتقادات أو المخططات المهمة في البناء المعرفي لدى الفرد خاضعة للتشويه المعرفي. وإن عمليات التفكير التي تدعم المخططات قد تعكس أخطاء مبكرة في تبرير التشويهات المعرفية التي تظهر عندما تكون المعلومات غير دقيقة أو غير فعالة (Sharf, 2000). وتتلخص النظرة المعرفية بتفسير جنوح الأحداث استناداً على تلك التشويهات المعرفية التي صنفها جيانكولا وزملاؤه (Giancola, et al., 1999) بالأنانية، ولوم الآخرين، والتصغير وإساءة التصنيف، وافتراض الأسوأ. وتوصل بيكر (Baker, 1999) إلى نتائج مشابهة، حيث يشير إلى أن الأحداث الجانحين يستعملون التشويهات المعرفية أكثر من الشباب غير الجانحين، لتبرير أفعالهم غير المقبولة، وأنهم يتسمون بتقدير ذات منخفض مقارنة بالأحداث غير الجانحين.

وتربط **النظرية الاجتماعية النفسية** بين وجهة نظر التحليل النفسي ووجهة النظر الاجتماعية، بضرورة الاهتمام ببيئة الجانح، وأثر المشكلات الاجتماعية، والثقافية على العلاقات بين الطفل ووالديه وأثرها على تنظيم شخصيته. فيرى أدلر أن الجنوح سلوك تعويضي يهدف إلى تحقيق القوة والكفاية في الوجود، ويعد الشعور بالقصور العضوي أو الاجتماعي القوة الديناميكية الدافعية وراء



أساليب التكيف التعويضي اللاسوية. وتؤكد دراسات هورني على الناحية الثقافية وأثرها في خلق الجنوح، مشيرة إلى أن الجنوح أسلوب تكيف للقلق الناجم عن بيئة الجانح، فيلجأ إليه الجانح ليستعيد به شعوره بالأمان. وربطت هورني بين الجنوح وكثير من الحاجات النفسية كالحاجة إلى التملك أو السيطرة والحب وغيرها مما يزيد من القلق ويخفض الشعور بالأمان. واهتم مورر باتجاهات الآباء نحو الأبناء، وبالأساليب التربوية، معتبرا الجنوح نوعً من الاضطراب في الشخصية تساهم فيه عوامل النبذ أو الإهمال للطفل. وربط بولبي بين الجنوح والحرمان من الأم ورعايتها للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة (حسنين، 1999).

2: 12: 3 العدوان:

شغلت قضية العدوان الإنسان منذ فجر التاريخ، وكانت موضوعاً شغل بال رجال الدين والفلاسفة وعلماء البيولوجيا والانثروبولوجيا وعلماء النفس والاجتماع والسياسيين. وقلما نجد فيلسوفاً أو عالماً في المجالات المختلفة لم يهتم بقضية العدوان. وقد مر معك – عزيزي القارىء – وجهات نظر علماء النفس حول تفسير ظاهرة السلوك العدواني عند الأفراد.

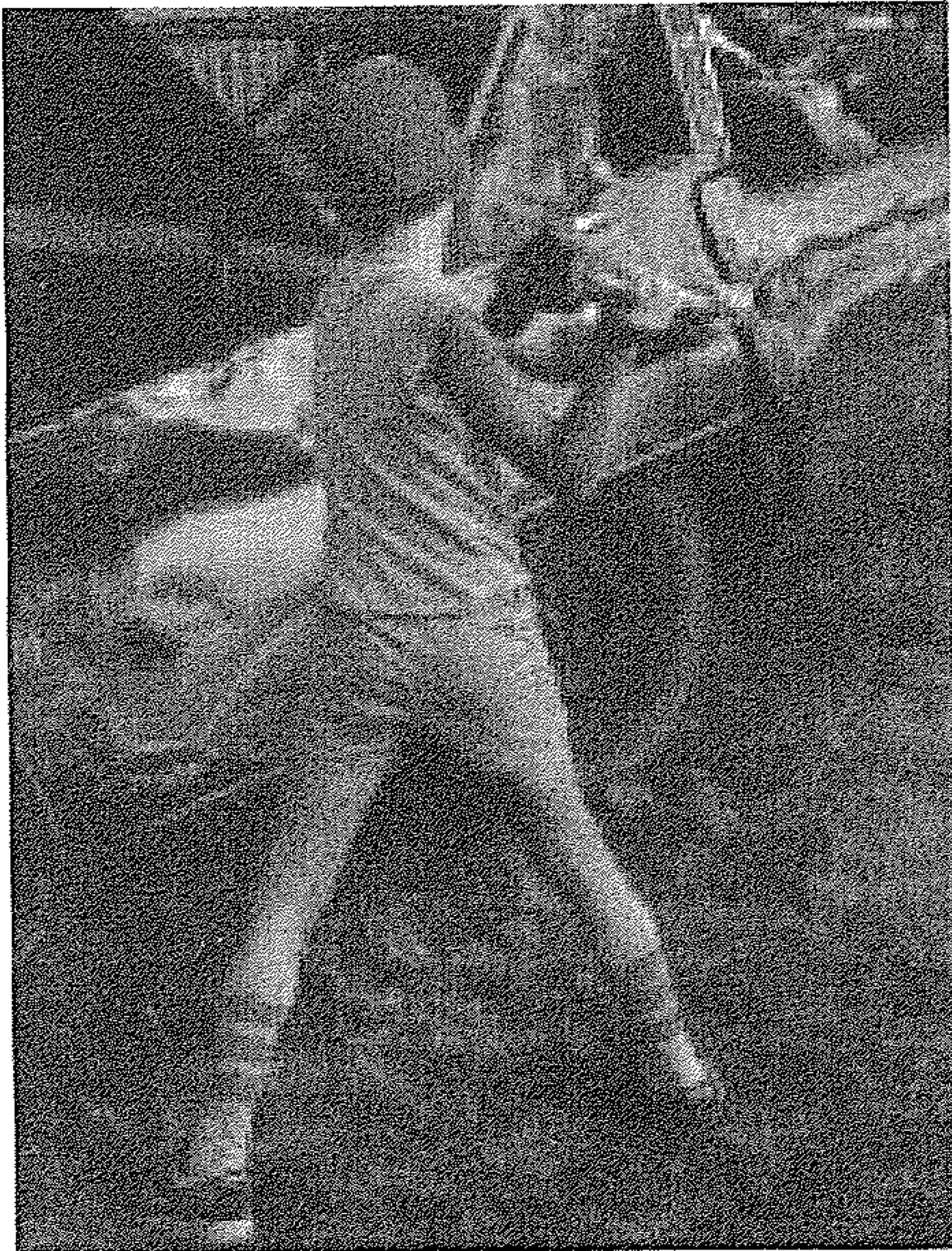
وللعدوان أوجه كثيرة ومناسبات مختلفة يظهر فيها. فقد يعتدي طفل على آخر لأتفه الأسباب. وقد يفقد طفل هدوءه ويقع في عراك مع خصم آخر. كما قد يظهر العدوان على شكل ثورات غضبية. واندفاعات مزاجية. وكثيرا ما توجه هذه الثورات الانتباه الى ما يعوق نزعات الطفل ويولد الإحباط عنده. فتؤدي بذلك خدمة خاصة في دفع الناس القريبين من إزالة هذه العوائق. إلا ان الأيام تحمل معها مناسبات تشعر معها الأم. بأنها لا تستطيع دائما إزالة العوائق. بل يكون عليها وضع بعضها بدلا من إزالتها. وعندئذ يحدث العدوان. ويتعلم الطفل تدريجيا أن الإحباط يمكن أن يزول إذا هو كتم عدوانه. انه يتعلم مثلا أنه سيصبح سخرية الآخرين. إن لم يكتم هيجانه خلال المناقشة.

وللعدوان أسباب عديدة. فقد يظهر السلوك العدواني عند الطفل عندما تلح عليه الرغبة في التخلص من ضغوط الكبار عليه والتي تحول في كثير من الأحيان تحقيق رغباته. وقد يظهر السلوك العدواني عند الطفل كنتيجة حتمية للحرمان، أو استجابة للتوتر الناشئ عن حاجة عضوية غير مشبعة. وربما يحدث العدوان للحيلولة بين الطفل وما يرغب فيه أو للتضييق على الطفل. وقد يظهر نتيجة هجوم مصدر خارجي يسبب له الشعور بالألم. وربما يفشل الطفل في تحقيق هدفه فيوجه عدوانه الى مصدر الاحباط. وقد تظهر على الطفل المدلل مشاعر العدوان أكثر من غيره. ومثل هذا النوع من الأطفال والذي تمتع بالحماية الزائدة ولا يعرف سوى لغة الطاعة لتلبية رغباته أو الشعور بعدم الأمان وعدم الثقة أو الشعور بالنبذ أو الإهانة والتوبيخ فان مظاهر السلوك العدواني تظهر عليه.

الجو الأسرى والثقافة الأسرية لها دور هي أيضا في إبراز مظاهر السلوك العدواني عند أطفالها. كما ان للعلاقات الأسرية: بين الوالدين أو بين الوالدين أو أحدهما تجاه الطفل أو بين الأطفال أنفسهم في الأسرة الواحدة. دور في تدعيم السلوك العدواني عند الأطفال. ويمثل الغضب حالة انفعالية يشعر بها الأطفال فيعبر البعض منهم عن هذا الغضب بالاتجاه نحو الهدف والعدوان عليه. وتأخذ هذه الصورة مظاهر عديدة. مثل إتلاف بعض ما يحيط به، أو معاقبة نفسه بشد الشعر أو ضرب رأسه او غير ذلك.



ويرى المنظرون ان السلوك العدواني متعلم في اغلبه. فالأطفال يتعلمون السلوك العدواني عن طريق ملاحظة نماذج العدوان عند والديهم ومدرسيهم وأصدقائهم. وفي أفلام التلفاز والسينما. وفي القصص التي يقرأونها. ويمكن للطفل ان يتعلم السلوك العدواني إذا لاحظ غيره – يكافأ من أفراد أسرته بعد قيامه بهذا السلوك.



وتشير الدراسات التي أجريت في مجال تجاهل عدوان الأطفال الى أن الأمهات اللواتي يتجاهلن السلوك العدواني لأطفالهن يتميز أطفالهن بأنهم اكثر عدوانية من أطفال الأمهات اللواتي لا يتجاهلن السلوك العدواني لأطفالهن. وان هناك ارتباطا بين التساهل وظاهرة العدوان. وبينت تلك الدراسات انه كلما زادت عدوانية الطفل كان اكثر استعدادا للتساهل مع غيره من الأطفال. وان تساهل المعلمين او تجاهلهم لعدوانية الأطفال يرفع مستوى العدوانية لدى هؤلاء الأطفال.

ونتيجة لعدم راحة الطفل من نجاح غيره من الأطفال فان متغيرات القلق والخوف وانخفاض القلق تبدو واضحة عليه

مما يسبب له الغيرة الشديدة. فيتجه الطفل نحو الانزواء او التشاجر مع الأطفال الآخرين أو التشهير بهم. واحيانا يظهر الأمر اكثر وضوحا بين الطفل وأخيه الذي يتميز عليه في بعض الأشياء كالممتلكات أو استحواذ حب وعطف الآخرين.

ان شعور الطفل بالنقص الجسمي او العقلي عن بقية الأطفال من حوله يمثل بالنسبة له منطلقا لظهور مشاعر الغيرة والعدوانية عنده. وقد يقوم بعض الأطفال باجتذاب انتباه الآخرين وذلك بإبراز قوتهم أمام الكبار وممارسة العدوانية ضد الآخرين.

كما إن أحد نتائج الإحباط الهامة التي تصيب بعض الأطفال هي ممارسة العدوان. واستمرار الإحباط فترة زمنية أطول يعني ان العدوان يصبح مع العمر عادة سلوكية غير سوية عنده. وعقاب الطفل جسديا من قبل أسرته أو أي طرف آخر يجعله يدعم في ذاكرته أن سلوك العدوان وابراز القوة شيء مسموح به. فيمارس سلوك العدوان ضد الآخرين الذين يكون في الغالب اضعف منه جسديا.

وللعدوان أشكال ونماذج متعددة لكن بعض هذه الأشكال فيه نوع من التداخل بين بعضها البعض.

فقد يرتبط **سلوك العدوان اللفظي** عند ظهور نزعة العنف لديه والذي يتمثل عادة بالصراخ او الصياح، أو الكلام البذيء Verbal abuse وغالبا ما يتضمن سلوك الطفل هذا الشتائم والمنابزة بالألقاب ووصف الآخرين بالعيوب أو الصفات السيئة. وقد يستخدم كلمات أو جمل التهديد أيضا. وقد يستخدم بعض الأطفال الأشارات التي تنم عن سلوك عدواني للطفل مثل إخراج اللسان أو إظهار حركة قبضة اليد على اليد الأخرى المنبسطة. وقد يستخدم البصق أيضا.

وقد يعبر بعض الأطفال عن سلوكهم العدواني باستخدام يديه كأدوات فاعلة مستفيدا بذلك من قوته الجسدية اتجاه الآخرين. وربما تكون الأظافر او الأرجل او الأسنان أدوات يستخدمها بعض الأطفال للتعبير عن هذا السلوك. وبعض الأطفال يستخدمون رؤوسهم في توجيه بعض الضربات اتجاه الآخرين. وبعض الأطفال يستخدم السلوك العدواني بصورة عابرة ووقتية نتيجة الخلاف الذي ينشأ عادة أثناء اللعب أو المنافسة والغيرة والتحدي أثناء الدراسة أو بعض المواقف الاجتماعية. ومثل هذا السلوك العابر ينتهي عادة بالزعل بين الطرفين وابتعاد الطفلين عن بعضهما البعض فترة وجيزة ثم يعودان إلى ممارسة سلوكياتهما الاجتماعية السابقة.

وقد يكون سلوك العدوان موجها بشكل مباشر الى الشخص مصدر الإحباط مستخدما في ذلك قوته الجسدية. وقد يفشل الطفل في توجيه عدوانه مباشرة إلى مصدر الإحباط خوفا من العقاب أو نتيجة الإحساس بعدم الندية. فيحول سلوكه العدواني إلى

طرف آخر (قد يكون شخصا، أو ممتلكات) يكون قادرا على توجيه العدوان له. وقد يستهدف الطفل في عدوانه إيذاء شخص معين بذاته ربما يكون صديقا له أو شقيقا أو أي طرف آخر بعينه. وقد يوجه الطفل سلوكه العدواني ضد شخص أو أكثر كأن يوجه عدوانه على مجموعة من الأطفال ينهمكون في نشاط معين ويحاولن استبعاد هذا الطفل من بينهم. فيقترب منهم ويوجه عدوانه ضدهم. وقد يوجه الطفل عدوانه أيضا على عدة ممتلكات أو أشخاص. وربما يشترك في ذلك طفل واحد، أو أكثر في توجيه العدوان ضد شخص واحد أو عدة أشخاص، أو ممتلكات. وقد يوجه الطفل سلوكه العدواني نحو ذاته وغالبا ما يكون الطفل الذي يحدث مثل هذا السلوك مضطربا سلوكيا. ومثل هذا السلوك يهدف إلى إيذاء الشخص نفسه الذي يحدث السلوك العدواني. كأن يمزق الطفل ملابسه، أو كتبه أو كراساته أو لطم الوجه، أو شد الشعر، أو ضرب الرأس بالحائط أو السرير أو جرح الجسم بالأظافر، أو عض الأصابع، أو حرق أجزاء من الجسم أو كيها بالنار أو السجائر. وقد يحاول بعض الأطفال الانزلاق على سطح مائل حتى يصطدم بطفل آخر، انتقاما منه . وربما يحاول استخدام وسائل متعددة أخرى لإحداث أنماط السلوك العدواني لديه.

ويستخدم الطفل سلوك العدوان انتقاما لطفل آخر. كان قد أغضبه في وقت سابق. ومعنى ذلك. فان مثل هذا الطفل يكون قد عقد النية على أخذ حقه بهذه الطريقة. ويرى كل من سيرز Sears وماكوبي Maccoby وليفين Levin أن كلا من العدوان الوسيلي والعدوان العدائي هما شكلان واضحان من أشكال العدوان المقصود. وقد يوجه الطفل السلوك العدواني نحو أهداف معينة نتيجة لدوافع وأسباب واضحة. بحيث يخدم في ذلك غرضا يؤدي إلى نجاحات مادية أو معنوية. ولكن قد يوجه الطفل سلوكه العدواني نحو أهداف غير محددة وغير واضحة. فيصبح السلوك العدواني أهوجا. وطائشا ذا دوافع غامضة غير مفهومة. ويصدر مثل هذا السلوك من الطفل كنتيجة لعدم شعوره بالخجل او الإحساس بالذنب Feeling of guilt الذي ينطوي على أعراض سيكوباتية في شخصية الطفل.

وتمثل المضايقة Teasing إحدى صور العدوان وأشكاله المتعددة. والتي تؤدي في غالب الأحيان إلى الشجار Quarreling حيث يبدأ الطفل بمضايقة طفل آخر أو أطفال آخرين عن طريق السخرية والتقليل من شأن الطرف الآخر. وقد يوجه الطفل سلوكه العدواني نحو شخص أو شيء آخر بهدف التلذذ بمشاهدة معاناة الضحية من بعض الآلام والمظاهر الجسدية التي يتركها المتعدي على المعتدى عليه **(البلطجة والتنمر Bullying)**. ويستخدم مثل هؤلاء الأطفال بعض الأساليب العدوانية كشد الشعر أو الأذن أو الملابس أو القرص، أو العض أو غير ذلك.

وهناك مشكلات أخرى تنم عن سلوك عدواني وغير اجتماعي حيث يمثل التخريب Destructive : أحد الاضطرابات السلوكية الهامة في حياة طفل الروضة. ويتمثل في رغبة الطفل ظاهريا في تدمير أو إتلاف الممتلكات الخاصة بالآخرين. أو

المرافق. وقد يشمل السلوك التخريبي Destructive behavior من قبل الطفل نحو مقتنيات الأسرة في المنزل أو الحديقة، أو حاجات أفراد أسرته من ملابس وكتب ولعب وأثاث منزلي أو غير ذلك من الحاجات. ويتفاوت الأطفال فيما بينهم في درجة الميل نحو التدمير والإتلاف.

أما أسباب الإقبال على السلوك التخريبي فهي النشاط والطاقة الزائدة والأجسام التي تتميز بنشاط حركي زائد. مع عدم توافر الطرق المنظمة لتصريف تلك الطاقة في الأمكنة المناسبة. وظهور مشاعر الغيرة لدى بعض الأطفال نتيجة ظهور مولود جديد أو تفرقة الوالدين في المعاملة بين الأخوة. أو مقت الطفل لبعض الناس أو لفئة معينة من الناس. وحب الاستطلاع والميل إلى تعرف طبيعة الأشياء. وشعور الطفل بالنقص أو بالظلم. فيدفع نحو الانتقام من أجل إثبات الذات. والشعور بالضيق والانزعاج وكره الذات.

وللتخريب أشكال متعددة عند الطفل من أبرزها التخريب البريء: وهو السلوك الشائع بين الأطفال وينقسم بدوره إلى أربعة أنواع من السلوك التخريبي:

فقد يظهر **التخريب المتطور المندفع** لدى الأطفال الذين يتميزون بالنشاط الحركي الزائد الذين لا يملون ولا يتعبون لكنهم يلحقون الأذى بكثير من الأشياء والممتلكات من وجهة نظر الآباء. فيندفعون إلى مثل هذا السلوك دون علم لهم بقيمة الأشياء التي يدمرونها. وربما يكون نتيجة لسمة التغيير التي يعيشونها في مثل تلك السن فما أن تقع أعينهم على لعبة أو دمية جديدة، فانهم يتركون لعبتهم الأولى ويتجهون نحو اللعبة أو الدمية الثانية ثم الثالثة وهكذا...

وقد يظهر **التخريب الفضولي المنظم** لدى الأطفال بهدف الاستطلاع. ويغلب على سلوكياتهم التخريبية محاولة إرجاع ما خربوه إلى حالته كما كانت من قبل. وهم بذلك يفكون الأدوات والأشياء ثم يحاولون إعادة تركيبها مرة أخرى. وهكذا..

وقد يقوم الأطفال **بتخريب الأشياء او المواد دون معرفة أو وعي منهم**. وغالبا ما يجد الأطفال أنفسهم أمام وضع تخريبي نتيجة لمسهم لمواد وأشياء قد تنفرط بين أيديهم دون انتباه أو ظهور شيء يدل على انهم أحسوا بما صنعت أيديهم من خسائر.

وقد يشعر الطفل بالقدرة الجسدية بين أقرانه فيفرض نفسه عليهم. فيقوم ببعض الأعمال التخريبية **(التخريب كانعكاس للطاقة العضلية)**. كأن يدوس بقدميه على المفارش وتمزيق المقاعد وإسقاط الستائر والتسلق عليها، وتكسير بعض الأشياء داخل غرفة الطعام أو غير ذلك من الأفعال التخريبية التي يقوم بها.

وهناك التخريب المتعمد الذي يظهر كسلوك جماعي يصدر من مجموعة من الأطفال بهدف تفريغ الطاقة الزائدة عند هؤلاء الأطفال الذي شكلوا فيما بينهم شلة أو فريقا أو عصابة، أو لإشباع رغبة التقليد والمحاكاة ومسايرة الجماعة.

ويحدث **التخريب المرضي** عند الأطفال الصغار . فنجدهم يشعلون النار في الحديقة والاستمتاع بها أو يقومون بتخريب الأشياء عند الجيران من اجل المتعة. وقد يسعى الأطفال في هذا النوع من التخريب إلى سلب ممتلكات الأطفال الآخرين أو دفعهم على الأرض ثم الفرار ضاحكا لسلوكه التخريبي هذا. وبعض الأطفال يؤذي الآخرين، ويرمي الأشياء عليهم، كما قد يقوم بإتلاف أعمال الآخرين، ويكسر الألعاب، ويمزق الكتب.

2: 12: 4 الغضب: Anger:

الغضب انفعال يشعر به كل واحد منا وان كانت هناك فروق بين الأفراد عن سلوك الانفعال. ويبدو انفعال الغضب باحتجاج طفل الخامسة من عمره في صورة لفظية أكثر تتمثل في سلوك التهديد والقذف والألفاظ ضمن محصوله اللفظي. وتختلف مظاهر الغضب باختلاف الجنس. فقد يلجأ الأطفال الذكور إلى الهجوم وضرب الأرض والقذف. بينما تلجأ الإناث إلى استخدام الكلمات والألفاظ والشتائم. وهناك أسلوبان للغضب:

قد يظهر بعض الأطفال الصراخ أو الرفس أو الضرب أو كسر الأشياء او إتلافها من جانب الطفل. في جو من الانبساطية والميل إلى الابتهاج بوجودهم مع الآخرين. وفي أوقاتهم العادية ومشاركتهم ألعابهم أو أنشطتهم (**الغضب بأسلوب إيجابي**).

وتبدو مظاهر الغضب في صورة انسحاب وانطواء مع كبت لمشاعر الطفل وانفعالاته وقد يضرب الطفل عن تناول الطعام أو التحدث مع الآخرين (**الغضب بأسلوب سلبي**).

ومن **أسباب الغضب:** فقدان الطفل للعبة يحبها أو تلف اللعبة أو كسرها أو إعطاؤها لطفل آخر دون موافقته. والسلطة الضابطة غير المتسقة: كأن يكون للأب مواقف إيجابية مع طفله بينما يكون للأم مواقف سلبية منه. ونقد الطفل ولومه أو إغاظته أما أشخاص لهم مكانة عند الطفل أو أمام من هم في مثل سنه أو تحقيره أو الاستهزاء به. وتكليفه بأداء أعمال فوق إمكاناته ولومه عند التحضير مما يعرضه للإحباط نتيجة تكليفه بما لا يستطيع كتنفيذ الأوامر بسرعة. وحرمانه من اهتمام الكبار وحبهم وعطفهم. وكثرة استخدام أساليب المنع والتحريم والنواهي والتدخل في أوقات كثيرة في حرية الطفل ونشاطه مع إلزامه بمعايير سلوكية لا تتفق مع عمره. والتدليل أو القسوة الشديدة او الشعور بظلم المحيطين به من أباء أو اخوة. ومشاهدة النموذج الغاضب من قبل الآباء

أو المعلمين أو من الأفلام. وشعوره بالإخفاق أو عدم الفهم أو الفشل في ممارساته للتقرب من والديه. وكثرة التعليمات وشدتها تلك التي يصدرها الكبار الزائرون الى منزل الطفل يثير غضبه.

2: 12: 5 السرقة:

السرقة استحواذ الطفل على ما ليس له فيه حق، وبإرادة منه، وأحيانا باستغفال مالك الشيء المراد سرقته أو تضليله. وللسرقة أشكال متعددة من أبرزها:

فبعض الأطفال يلجأون إلى سرقة الأشياء عقابا إما للكبار أو لأطفال مثلهم حتى يصيب هذا الشخص المسروق الهلع والفزع (**السرقة الكيدية**). وذلك نتيجة وجود كراهية أو دوافع عدوانية تجاه الآخرين.

ويمارس بعض الأطفال نوعا من السرقة من أجل إشباع حاجتهم للاهتمام والعاطفة التي افتقدوها بميلاد طفل جديد واستئثاره بوقت الأم (**سرقة حب التملك**). وقد ينجح الطفل في إعادة اهتمام الام. مما يدفعه بالتدريج إلى محاولات الاستحواذ على أشياء أخرى. هذه ظاهرة طبيعية إذا ظلت ضمن الحدود القيمية التي تتيح للطفل فرصة تحقيق كيان ووجود متميز مزود بمستلزمات بسيطة كاللعب، والممتلكات الخاصة التي تساعده على الاستقلالية. ولفت نظر الأم للاهتمام على ألا تستمر أو تصل إلى حد التكرار والمرض.

وقد تجد بعض الأطفال ينتظرون غياب حارس الحديقة للسطو على قليل من ثمارها (**السرقة باعتبارها حبا للمغامرة والاستطلاع**). لاحظ هنا إن دافع السرقة ليس الجوع أو الحرمان ولكن حب الاستطلاع والمخاطرة وروح المغامرة. وربما يقوم الطفل بسرقة مادة غذائية لم يتذوقها قبل ذلك.

وقد تتفاعل الدوافع النفسية مع العوامل البيئية المحيطة لدى الطفل فيقوم بالسرقة (**السرقة كاضطراب نفسي**). وربما تكون السرقة جزءا من حالة نفسية أو ذهانية مرضية يعاني منها الطفل وتظهر على شكل اضطراب سلوكي مثير. له دوافعه النفسية العميقة. ناتج عن صراعات مرضية شاذة في نفس الطفل. لا يمكن تفسيرها الا من خلال جلسات العلاج النفسي.

وقد يلجأ الطفل إلى السرقة من أجل إشباع ميل أو رغبة يرى فيها الطفل نفسه سعيدا أو ظهرت بصورة أفضل (**السرقة لتحقيق الذات**) كالطفل الذي يقوم بسرقة نقود من اجل الذهاب إلى حديقة الحيوان أو من أجل ركوب دراجة. حتى يعود من مشواره ويحدث رفاقه عن مغامراته.

وقد يلجأ الطفل الى السرقة تعويضا عن الحرمان الذي يقاسيه... فقد يلجأ الى سرقة ما هو محروم منه (**السرقة نتيجة الحرمان**).

2: 12: 6 الكذب:

الكذب ونقيضه الصدق سلوكان مكتسبان ولا يورثان شأنهما في ذلك شأن الأمانة. ويعرف الكذب على انه سلوك اجتماعي غير سوي يؤدي الى العديد من المشكلات الاجتماعية. مثل عدم احترام الصدق، والخيانة، وغالبا ما يقوم به الطفل من اجل تغطية سلوك خاطئ قام به أو ذنب ارتكبه أو جريمة قام بها. بهدف التخلص من العقاب. ويشير الباحثون الى ان سلوك الكذب يعتبر ضرورة ملحة في السنوات الاولى من عمر الطفل شريطة ان يكون الكذب غير مبالغ فيه.

هناك أشكال متعددة للكذب:

فقد ينتشر **الكذب الخيالي: Fantastic lies** بين الأطفال من الجنسين حين ينسج الطفل مواقف وقصص خيالية ليس لها أساس من الواقع. أو قد يلفق الطفل قصة ينسجها من خياله حين يجد نفسه بين الآخرين ولا يتجاهله من حوله تجاهلا مطلقا. أو حينما تضيق به الحيلة ، أو عندما لا يستطيع ان يشارك مع جماعته إلا بقدر ضئيل. وقد تكون رغبة الطفل في إيجاد مكانة له بين الجماعة فينتقل عبر الخيال الفسيح من اجل تحقيق نجاح على أوهام ورغبات ليست من الواقع في شيء.

وقد يلجأ الطفل الى الكذب أحيانا من غير قصد. حينما تلتبس عليه الحقيقة ولا تساعده ذاكرته على سرد التفاصيل. فيحذف بعضها ويضيف بعضها الآخر. بما يتناسب وقدراته العقلية. إلا ان هذا النوع من الكذب لا يلبث ان يزول حين يكتمل النمو العقلي للطفل.

وقد يشعر بعض الأطفال بالنقص فيلجأون إلى التعويض عن نقصهم بتفخيم الذات أمام الآخرين. وذلك بالمبالغة في مواضعهم الحقيقية فيما يملكون أو ينتمون أو يعانون من اجل تعزيز مكانتهم أمام الأقران. وقد يستخدم الأطفال عددا من وسائل الدفاع الأولية كالتبرير بادعائه المرض من اجل عدم ذهابه إلى الروضة أو الادعاء بأنه مضطهد أو سيئ الحظ أو غير ذلك من السلوك بهدف الحصول على قسط أكبر من الرعاية والاهتمام والعطف من قبل الآخرين.

ويعد **الكذب الدفاعي (الانتفاعي)** من اكثر أنواع الكذب شيوعا بين الأطفال. وهم يهدفون بهذا النوع من الكذب إلى إبعاد الأذى عنهم ومنع عقوبة متوقعة عليهم. وعلى

سبيل المثال. فقد يتهم الطفل شقيقه الأصغر بكسر زجاج النافذة أو تعطيل جهاز الهاتف في البيت. منسبا بذلك الحوادث لغيره.

ويلجأ بعض الأطفال إلى تقليد المحيطين بهم في السلوك. فيقلد الطفل اباه في أسلوب المبالغة في سلوكه أمام الآخرين.

ويمارس الطفل أحيانا سلوك الكذب اعتقادا منه انه يستطيع خلط الأمور أمام الكبير. موقعا إياه في بعض المقاوم. أو من اجل مقاومة سلطته الشديدة نحو الطفل. وقد يلجأ الطفل الى الكذب من اجل مضايقة أقرانه وإحساسهم انه مظلوم. وقد يلجأ الى هذا النوع من الكذب لشعوره بالغيرة من طفل آخر نتيجة حصوله على امتيازات لم يحصل عليها الطفل نفسه. وقد يلجأ الطفل إلى انتحال أعذار غير حقيقية أو مبالغ فيها من اجل ان يظل سلبيا عندما يطلب منه عمل شيء ما او القيام بواجب معين. وقد يلجأ الطفل إلى سلوك الكذب حينما يفتقد اهتمام الآخرين به رغم إحداثه سلوكيات صادقة وسوية من اجل ان ينال اهتمام من حوله من الناس **(كذب جذب الانتباه)**. وقد يلجأ الطفل إلى سلوك الكذب المتعمد المتقن المرتبط باضطراب في السلوك Conduct disorder . كما قد يلجأ إلى سلوك الكذب بطريقة لاشعورية وفي نطاق خارج عن إرادته. ومثل هذا النوع من الكذب قد يستمر معه فترة زمنية طويلة وينتقل معه حتى مرحلة المراهقة والرشد

وهناك عوامل عديدة تجعل الطفل يحدث سلوك الكذب من أبرزها:

فقد يتعلم الطفل معظم سلوكياته وهو صغير من أبويه والمحيطين به **(العوامل الأسرية)**. ويسعى لتقليدهم أنماط السلوك التي يقدمونها له. وكأنها السلوك القدوة. وعندما يشاهد الصغير ممارسة الكبار لسلوك الكذب في معاملاتهم اليومية ويدعم هذا السلوك بالنسبة له. فان تكرار سلوك الكذب عند الطفل يكون واردا تماما. وعلى سبيل عندما يرن جرس الهاتف في البيت ويسأل المتكلم عن والد الطفل وينبه الوالد لحظتها ان يبلغ السائل انه غير موجود او انه نائم او غير ذلك من الأساليب الهروبية غير الحقيقية. فان هذا الطفل يقول للسائل " أن ابي يقول لك انه غير موجود". وقد تختلف أساليب معاملة الطفل حين ينتقل من بيئة الى بيئة اخرى جديدة نتيجة اغتراب أحد الوالدين او كليهما، أو نتيجة انفصال الوالدين او وفاة أحدهما او كليهما. فيتخذ الطفل من سلوك الكذب وسيلة لمعالجة أموره الحياتية الجديدة. كما قد تكون قسوة الوالدين في معاملة طفلهما سببا آخر لإحداث نمط سلوك الكذب عنده.

وعندما يشعر الطفل انه مهدد بأمنه وسلامته، وأنه معرض لعقوبة شديدة لفعل خاطئ ارتكبه. فانه يحدث سلوك الكذب هروبا من تلك العقوبة التي تنتظره. محاولا بذلك الحصول على الأمن جراء ذلك **(عامل الهرب من العقوبة)**.

وقد يستخدم الطفل عددا من وسائل الدفاع الأولية بهدف إعادة التوافق والتعويض عن النقص الذي يشعر به وسط أقرانه والمحيطين من حوله من الغرباء (**عامل الشعور بالنقص**).

وبالرغم من انهم يعلمون أن تبريرات الطفل لمواقف السلوك المبررة ليست صحيحة. فيدفعون الطفل إلى الكذب حتى لا يقع عليه العقاب من قبل معلمه. وتعزيز غير مقصود . كأن يصدق الأب قول طفله دون ان يتحرى الحقيقة منه. أو تبرير الطفل لمعلمه عن سلوك أحدثه وعدم قيام المعلم أيضا بتحري الحقيقة (**عامل التعزيز**).

2: 13: الاضطرابات المزاجية:

2: 13: 1 الفصام :

تحدث كونالللي عام 1849 المشار اليه في الحلبي (2000) من ان مرضا يصيب المراهقين والشباب فيتحولون الى اناس مشاكسين يشعرون بالالم تارة وبالحزن تارة آخرى ويصبح مزاجهم سوداويا وتموت عواطفهم ويتوقف عقلهم وتضطرب انفعالاتهم. ووصف موريل Morel العالم البلجيكي حالة مريض في الرابعة عشرة من عمره بالحزن والكآبة والميل الى العزلة والخود والكراهية للوالدين ونسيان ما تعلمه واطلق على اسم العته الباسر Dementia paracco معتبرا حالته شكلا من اشكال التنكس العقلي والفيزيائي والاخلاقي الوراثي السبب.

والفصام Schizophrenia مجموعة متلازمة من اعراض نفسية وحركية وسلوكية تظهر عند المريض بكلامه وسلوكه في الحياة الاجتماعية والوظيفية ويستدل عليها من توصيف حالته من قبل والديه واقاربه واصدقائه بأنه مصاب باعراض حادة من الهلوسة والتوهمات واضطراب في التفكير. وهبوط في مستوى تحصيله الدراسي، ونشاطه الاجتماعي. وحالة من الانعزالية والوحدة.

ينتشر هذا المرض بين الافراد في مختلف البلدان وفي جميع الاعمار، ويكثر انتشاره بين المراهقين والشباب. وهو من الامراض الخطيرة التي تصيب المراهقين نتيجة تسببه بالتأخر العقلي وبالانماط السيئة من سوء التكيف. ويرى عدد من الباحثين ان للوراثة اثر في ظهور هذا المرض خاصة وان التكوين الفيزيولوجي الفطري والاضطرابات الحيوية الكيماوية لها علاقة به. رغم نفي البعض الاخر من الباحثين تلك العلاقة. ويعزو فريق ثالث هذا المرض للاضطرابات النفسية والمشكلات العائلية والفشل المتكرر في اتجارب الحياة الشخصية بحيث يؤدي الى تزعزع شخصيته واصابته بالمرض. ويعزو فريق رابع اثر العدوى النفسية في انتشاره في عدد من افراد العائلة الواحدة. وان الاتصال والتعامل المستمر مع الابوين غريبي الاطوار المضطربي الشخصية السوداوي المزاج غير المتلائمين مع بقية افراد الاسرة يؤهل الاطفال للاصابة به.

يفرق المنظرون بين الهستيريا والفصام من حيث تفكك شخصية المراهق حيث تكون الهستيريا فجائية واسبابها واضحة وقد يكون الفصام فجائيا كذلك غير انه غالبا ما يبدو بشكل تدريجي والمراهق المصاب بالهرع يرغب في جذب انظار الاخرين اليه بينما لا يهتم المصاب بالفصام بذلك. ولا يهتم بما يجري حوله من احداث. كما تبدة على الفصامي عناصر مرضية وعناصر سوية معا. كما ان هناك فرقا بين المصابين بالصرع والمصابين بالفصام. فطبيعة نوبة الصرع وما يرافقها من اعراض فصامية وثبوت الاضطرابات تساعد على تشخيص الحالة. الا ان طبيعة الفصام لازالت غير معروفة. نظرا لان الفصام ليس وحدة مرضية واحدة. بل هو مجموعة من الامراض المتعددة التي لها مظاهر مشتركة (جلال، 1992) كغرابة الاعراض وتشوشها وغرابة الافكار والانفعالات.

ويشير الفرويدون في هذا المجال الى ان الفصام عملية نكوص خطيرة تسبق كل انواع النكوص الاخرى المشاهدة ويعيد المصاب الى المرحلة النرجسية الاولية التي كانت الانا فيها غير متمايزة. حيث يفقد المصاب اتصاله بالعالم الخارجي ويعود الى المستوى البدائي وتصبح شخصيته غريبة عن عالم الواقع وغريبة عن الشخص نفسه. فيفشل في ترتيب وتنظيم العلاقة بكل من حوله بطريقة سليمة وواقعية.

الا ان تشابمان ورفاقه (Davison & Neale, Chapman, et al 2004)يرفضون فكرة النكوص التي اشار اليها علماء التحليل النفسي وتحدثوا عن تجربة قارنوا بها تفكير الاطفال الصغار مع تفكير الفصاميين واستنتجوا ان هناك اختلافا بينهما. وفي دراسة مقارنة مع البدائيين اوضحت اختلافات كبيرة بين الفئتين . ويرى بافلوف ان ردود فعل الفصامي تعود الى انتشار نوع من التثبيط في المخ. بسبب ضعف خلايا المخ عند الفصاميين حيث تصبح المنبهات العادية شديدة وتؤدي بالتالي الى التبيط الوقائي. كما يشير بافلوف الى تغير نفسية المريض واضطراب التفكير لديه الى ذلك التثبيط في القشرة الدماغية وتناقض فيها يؤدي لان تكون الاستجابة للمنبهات مضطربة.

اما الفيزيولوجيون فيفسرون الاصابة بالفصام وردود الفعل لديهم بسبب ضعف خلايا المخ واختلال عمليات الاستقلاب للمواد البروتينية وتسمم المخ نتيجة لذلك. ويرى وولي (Nevid, et al., 2003)ان الفصام ليس الا رد فعل حاد تجاه الخوف والرعب. وان الحالات المزمنة فيه هي ردود أفعال متعلمة توجد عملياتها في مجال العلاقات الانسانية الديناميكية

2: 13: 2 الاكتئاب Depression:

يعتبر الاكتئاب اكثر الاضطرابات النفسية انتشارا وهو الاضطراب الذي تظهر اعراضه لدى العديد من الافراد خاصة في مرحلة المراهقة حيث تتراوح درجة الاكتئاب من الاكتئاب البسيط الى الاكتئاب الشديد جدا. بحيث يشمل بعض جوانب النفس

والمزاج والافكار ويؤثر على الطريقة التي اعتاد عليها الفرد في الاكل والنوم. والطريقة التي يشعر بها تجاه نفسه والاخرين. بالاضافة الى الوحدة وخيبة الامل واليأس وعدم الثقة بالنفس وعدم الراحة الجسمية والارق، وعدم المشاركة او الاستمتاع في النشاطات الاجتماعية.

ويعاني الكثير من المكتئبين بشكل عام، من الآثار السلبية الناتجة عن هذه الحالة الانفعالية، فتبدو عليهم أعراض اكتئابية، مثل التعاسة والضيق، وفقدان الأمل وتدني مفهوم الذات، والقلق والتوتر والحزن، ومشاعر كراهية الذات والشعور بعدم الكفاءة، وغيرها من الأعراض السلبية التي تؤدي إلى الانحدار، والشعور بالفراغ الداخلي وعدم الأهمية (هربرت، 1980).

يعرف بيك (1979) Beck، الاكتئاب على أنه اضطراب انفعالي، يتميز بتدني مزاج الفرد، وظهور تغيرات نفسية وجسدية تؤثر في الأداء. ويرى أمري Emery (1988)، بأن الاكتئاب عبارة عن خبرة وجدانية ذاتية، أعراضها تتراوح بين التردد وعدم البت في الأمور، إلى إيذاء الذات. في حين يرى عبد الخالق (2000)، إن الاكتئاب هو حالة انفعالية عابرة، أو مستقرة، تتصف بمشاعر الانقباض، التي تتراوح بين الهم والغم والأفكار الانتحارية. ويعرّف ستور (Store)، الاكتئاب، بأنه حالة انفعالية يعاني فيها الفرد من الحزن أو الغم، وتأخر الاستجابة، والميول التشاؤمية، التي يمكن أن تصل بالفرد إلى حد الانتحار (محمد، 2004). ويرى يعقوب (1984)، بأن الاكتئاب رد فعل ذاتي داخلي، ناتج عن حادث مفاجئ، وخسارة غير متوقعة تؤدي إلى خيبة الأمل والخوف وعدم الأمان.

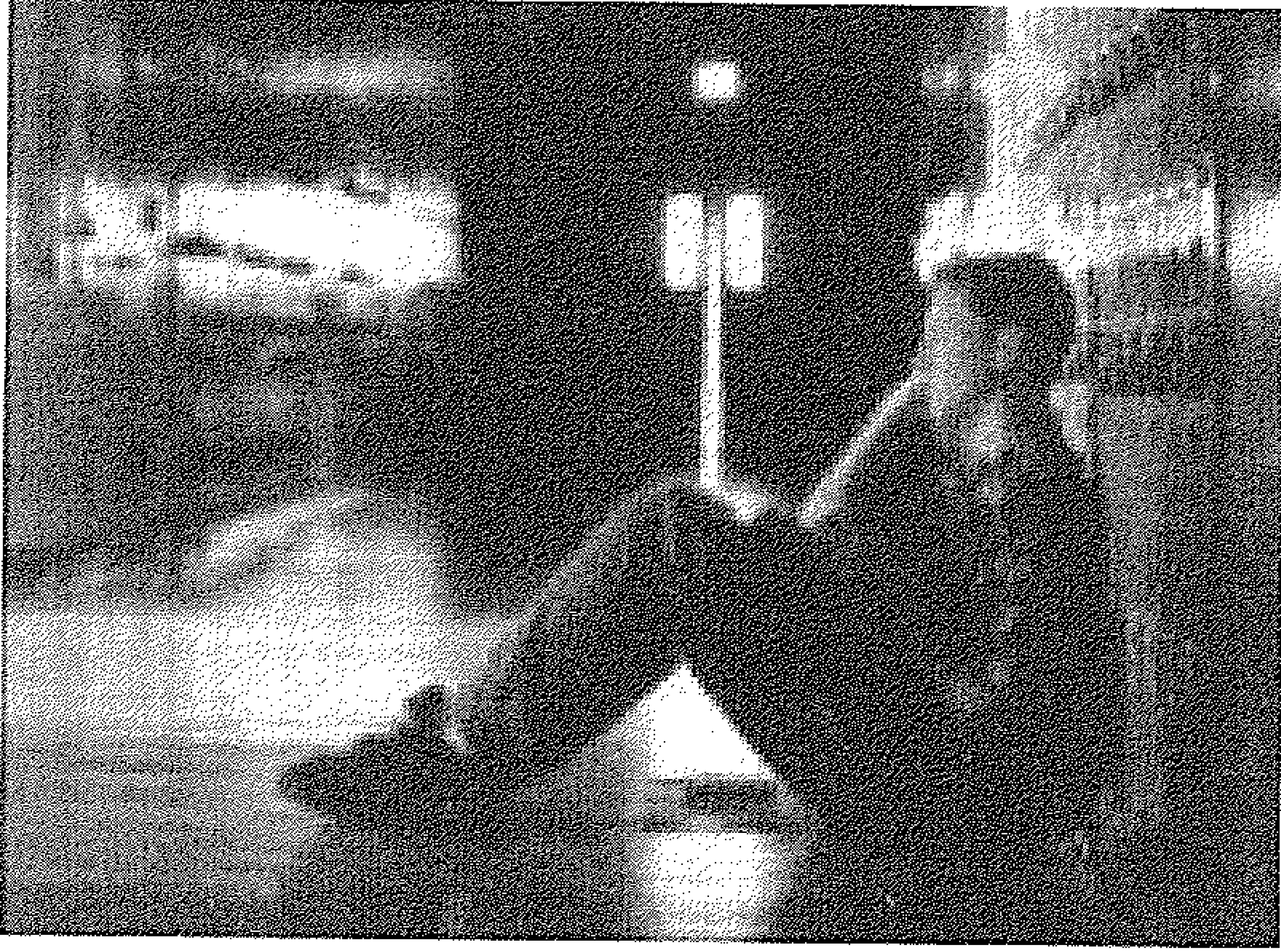
ويرى عدد من الباحثين أن الاكتئاب هو نتيجة واضحة لنمط الحياة الذي يتبناه الفرد المتألم، ولنسق العمليات المعرفية الوسيطية التي تتطور عنده إذ يصبح بالتدريج محاصراً للتفكير بالألم فقط. وينتج عن هذه القيود في التفكير مشاعر عامة بالعجز وعدم القدرة على السيطرة. كما ينتج الاكتئاب من التفاعل بين الاضطرابات النفسية، والقيود السلوكية والتشوهات المعرفية (Gurege,2008). وهذا قد يفسر الارتباط بين الانفعالات وحالات القلق المتكرره والمستويات المرتفعة من ضغوطات الحياة التي يتعرض لها المراهقون الذين يعانون من الاكتئاب (Walker, Baber, Garber & Smith, 2007; Rusu & Hasenbring, 2008). وأن الأطفال الذين يعانون من هذه الآلام هم الأكثر عرضة لمشاعر تدني تقدير الذات والكرب (Gurege,2008).

وقد صنف كندال وهامين (1998) Kendall & Hammen، أعراض الاكتئاب الى فئات ثلاثة هي:

- **الأعراض المزاجية:** يتميز مزاج المكتئب بالحزن وعدم الاستمتاع وحدة الطباع.
- **الأعراض ذات العلاقة بالبنى المعرفية:** يتميز المكتئب بالتفكير السوداوي السلبي، وتضخيم كل ما هو سلبي، مما يدفعه إلى التشاؤوم، ودحض كل ما هو إيجابي، والتقليل من شأنه، والشعور باليأس وضعف التركيز، وصعوبة اتخاذ القرارات.
- **الأعراض السلوكية والجسمية:** يتميز المكتئب بأنه صعب الإرضاء، لذلك لا ينخرط بسهولة في أية أنشطة، ويمكن أن يكون بطيء الحركة والكلام، وكثير التنهد، ميال إلى الانسحاب الاجتماعي والانعزال. ويمكن أن يظهر عليه، عدم انتظام في النوم والأكل، والشعور بفقدان القوة والإرهاق، والشعور بالضعف العام، وكذلك الشعور بالآلام والأوجاع في المعدة والرأس، وغيرها من أعضاء الجسم.

وتشير الدراسات الى وجود علاقات ايجابية بين الاكتئاب في مرحلة المراهقة والافكار المعرفية اللاعقلانية السلبية (ريحاني وحمدي، 1989) . (Graham, 1998) وارتباطات سلبية دالة احصائيا بين درجة الاكتئاب ومتغيرات حل المشكلات (حمدي، 1998) . ووجود علاقات وثيقة بين الاكتئاب ومفهوم الذات المتدني وفقدان الامل ومركز الضبط الخارجي وعلاقات سلبية مع الاخرين.(Graham, 1998). وازاء تلك العلاقة، فقد تم تطوير نظريات تفسر العلاقة بين الاكتئاب وعدد من المتغيرات كان من ابرزها نظرية المرحلة الفمية والتعلق والاعتمادية Orality – Attachment, and Dependency التي تشير الى ان الاكتئاب ينتج بسبب تثبيت الفرد في المرحلة الفمية فيما يتعلق باشباع حاجاته الجسمية. الامر الذي يؤدي الى نمطين من الشخصية المكتئبة. الشخصية الاعتمادية التي تسعى للحصول على الدعم والحب. والشخصية الواسية التي تسعى لان تقوم بالاعمال على اكمل وجه وبافضل صورة الامر الذي يقود الى مفهوم ذات متدني لكلا الحالتين (Heath, 2003). والى عدم قدرة الفرد على تحقيق الذات المثالية Unattainable ego ideals وان معظم المكتئبين يعتمدون على الدعم الخارجي المتمثل بالحب والعناية والعطف. وان غياب القدرة على التوازن مابين الاهداف الذاتية والتفريغ الانفعالي Self object differentiation and cathartic balance قد يفسر العلاقة ما بين الاكتئاب ومفهوم الذات. كما ان الافراد المكتئبين يعانون من ضعف في تأكيد الذات. وهم بالتالي يعانون من عدم ثقة بأنفسهم مثل الغضب والثورة في وجه الاخرين لاسباب قد لا تتناسب مع الحدث ثم يشعرون بالذنب. (Romanis, 1987). وتأكيد الذات يمثل نوعا من التفاعل الاجتماعي الذي عنه مخرجات ومهارات اجتماعية متنوعة (Gilbert, 2000). وان للتدريب اثر على برنامج المهارات الاجتماعية في خلق سلوك مؤكد للذات وخفض متوسط درجات الاكتئاب (Donohue, 1995) وانخفاض ملحوظ على مقاييس الاكتئاب والتوتر والقلق وتحسنا في مستوى الرضا الحياتي. واظهرت الدراسات

كذلك أثر كل من العلاج المعرفي لوحده والعلاج المعرفي مع مهارات الاتصال بالاضافة الى تأكيد الذات تحسنا واضحا على مقياس العلاقات الاجتماعية مقارنة مع الذين تلقوا علاجا معرفيا فقط. كما اكدت دراسة ديكرسون (Dickerson, 2002) على فعالية البرامج العلاجية في تحسين مستوى تقدير الذات وزيادة مستوى الامل لدى مرضى الاكتئاب. وان برامج التدريب على التفاعل الاجتماعي وبناء العلاقات الاجتماعية الايجابية تساهم بشكل فاعل في تحسين مفهوم الذات وخفض مستوى الاكتئاب لدى الافراد (Johnson & Wiechers, 2002;Huss & Ritchie, 1999;)



ولقد تعددت الاساليب العلاجية التي من شأنها المساهمة في خفض الاكتئاب. (Rathus, 1993) واثبت العلاج الجمعي للاكتئاب تطورا ملحوظا في مجال العلاج العقلاني – الانفعالي لدى المراهقين لما يحمله برنامج العلاج من خصائص مبنية على اساس نظري يفسر العوامل المختلفة للاكتئاب (الوراثية والبيئية) كما اظهرت الدراسات ان الافراد المكتئبين يظهرون ثلاثة اشكال رئيسة من الاعراض هي النموذج السلبي في التفكير الذي يشمل تدني مستوى تقدير الذات والافكار السلبية الهدامة. والتعزيز السلبي للاسباب. اما النموذج الثاني فيتمثل في صعوبات في العلاقات الاجتماعية مع الاخرين. ويمثل النموذج الثالث اعراضا سلوكية اكتئابية كالارق وفقدان الشهية. وان البرنامج العلاجي الناجح هو البرنامج الذي يتعامل مع هذه الاعراض بنفس الدرجة.

وهناك أسباب عديدة لاكتئاب الأطفال من أبرزها: وقوع حادث فراق شخص عزيز كوفاته أو سفره دون عودة. وهو ما يسميه عدد من المنظرين بالفقدان المبكر لموضوع الحب. وانشغال أحد الوالدين بزواج جديد أو عدم التوافق الزواجي بين الوالدين. وانتقاد الوالدين أو أحدهما للطفل والتقليل من قيمته وبخاصة أمام الغرباء. ووجود الاكتئاب لدى أحد الوالدين مما ينسحب على الطفل نتيجة معيشته مع أحد الوالدين. والأمراض الجسمية المزمنة والحوادث التي تسبب الإعاقات الشديدة والتشوهات. وشعور الطفل بالذنب، وانه فاسد أو سيئ يستحق العقاب. أو انه السبب في مرض أخيه، وهكذا... وعدم تحبيذ الكبار للاستماع لتعبير الأطفال عن أنفسهم وأسباب غضبهم مما يجعلهم يلجئون إلى الصمت والخذلان. وعدم توازن الهرمونات وفقر الدم وعدم انتظام السكر في الدم.

2: 14: اضطرابات النمو السائدة:

2: 14: 1 اضطراب التوحد

بدأ الإهتمام بإضطراب التوحد بشكل علمي عام 1943، من خلال دراسة قام بها الطبيب النمساوي ليو كانر (Leo Kanner) في الولايات المتحدة الأمريكية بعنوان: اضطراب التوحد في مجال التواصل الانفعالي، اشار فيها الى وجود مجموعة من الأنماط السلوكية غير العادية والمتمثلة في كل من الانعزالية المفرطة، وقصور في اللغة، والمصاداة، والذاكرة القوية، والقدرة على الحفظ الكبير للمعلومات وإن كانت دون معنى، والحساسية المفرطة اتجاه بعض المثيرات الحسية، الرفض الشديد للتغيير، وتنوع محدود للأنشطة، وقدرات إدراكية عالية حيث يتمتعون بقدر جيد من الذكاء، وذاكرة عالية، ومقدرة على الحفظ، ومظهر جسدي طبيعي.

وترى الجمعية الأمريكية للطب النفسي (America-Psychiatric Association. APA) من خلال الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية – الطبعة الرابعة المنقحة (DSM-IV-TR, 2000) أن التوحد اضطراب نمائي عصبي (neurodevelopment) يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة ، ويؤثر على عدة مجالات للأداء تشمل قصورًا في التفاعل الاجتماعي، والتواصل اللفظي وغير اللفظي، وظهور السلوك والحركات النمطية وتنوع محدود في الأنشطة والاهتمامات، ويظهر بشكل واضح في السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل.

وعرفته الجمعية الأمريكية للتوحد (Autism Society of American 1999) على أنه اضطراب تطوري يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر، ويؤثر على وظائف الدماغ ، وبالتالي ينعكس سلبًا على مجالات التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي، ومقاومة أي تغيير يحدث في بيئتهم، إضافة إلى التكرار النمطي لبعض الحركات و السلوكيات وتكرار بعض الكلمات والمقاطع بطريقة آلية(Davison & Neale, 2004.

وعرف الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل التوحد على أنه: اضطراب شديد يؤثر على السلوك والتفكير والتواصل، و يظهر عادة قبل بلوغ الطفل الثالثة من العمر، ويتميز بعجز حسي ظاهر وفشل في إقامة العلاقات الاجتماعية مع الآخرين و وجود إثارة ذاتية مفرطة ونوبات الغضب وإيذاء الذات إضافة إلى قصور نوعي في التواصل اللفظي وغير اللفظي وعجز سلوكي شديد يفشلون معه في القيام بمهارات العناية بالذات و اللعب(الخطيب وآخرون،2001).

وعرف سميث (Smith,2007) اضطراب طيف التوحد (Autism Spectrum Disorder, ASD)، بأنه مصطلح يضم مجموعات معينة من الإضطرابات هي:

1. التوحد أو الإضطراب التوحدي (Autism)
2. التفكك أو الإنحلال الطفولي (Childhood Disintegrative Disorder)
3. متلازمة اسبرجر (Asperger Syndrome)
4. متلازمة ريت (Rett Syndrome)
5. الإضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة (Disoreder – Not Otherwise Specified Pervasive Developmentall).

وتشير الدراسات التي أجريت على اضطراب التوحد انه من بين كل عشرة آلاف طفل يوجد ما بين 5 – 7 اطفال مصابونن بالتوحد. (Halahan and Kuffman.2003) بينما اشارت دراسة ميشيل Micheal,1997 أنه يوجد (360000) شخص توحدي، مبينا في الوقت نفسه ان اضطراب التوحد هو الأكثر انتشاراً للإعاقات المختلفة والتي تتمثل في التخلف العقلي والشلل الدماغي.

تختلف االعوامل المسببة لاضطراب التوحد من شخص الى اخر

فقد أشارت الدراسات الى اثر العامل البيولوجي في اصابة الاطفال باضطراب التوحد نتيجة وجود خلل في كروموسومات معينة لكنها جميعها حالات فردية و لا تزيد نسبة اقتران التوحد بإضطرابات جينية عن 4 - 5% فقط. وبينت الدراسات كذلك ارتباط اضطراب التوحد مرتبط فقط بالاعاقة العقلية وربما يكون على اساس جيني.

وتحدثت دراسات أخرى عن ارتباط اضطراب التوحد بعدد من العوامل البيئية كظروف الحمل و الولادة، واللقاح، والفيروسات، والأمراض المعدية، والكيماويات السامة واضطرابات التمثيل الايضي والجهاز المناعي. (Davison & Neale, 2004).

وتشير الأبحاث المختلفة عن كيميائية دماغ التوحديين أن العديد من الحالات التي لديها خلل في وظائف المخ والتي ربما تؤدي إلى أعراض التوحد، وقد تكون خلايا اعصاب مخ التوحديين معزولة أكثر من الأشخاص الطبيعيين، وقد تكون سلوكات التوحد ومشكلات الأعصاب ملازمة مع الخلل الوظيفي لدوائر أعصاب معينة في الفصوص الصدغية وجذع المخ والمخيخ، والخلل الوظيفي في هذه المناطق قد يؤدي الى حالة غير سوية بكيمياء الأعصاب والتي يمكن إكتشافها عن طريق فحص السائل الشوكي المخيخي للأفراد ذوي التوحد وتترابط هذه المناطق بتداخل من خلال دوائر عصبية ولكل منها

مجموعه من المهام، فجذع المخ يستقبل المثيرات الحسية، الفصوص الصدغية تسهم في فهم لغة التخاطب ودلالات الألفاظ، و المخيخ له علاقه بالعمليات الإجتماعية والتخطيط وله علاقة بالاستجابات الإنفعالية كالغضب والخوف وتطور الكلام.

وتتم عملية تبادل المعلومات بين الخلايا العصبية من خلال كيماويات تعرف بالناقلات العصبية. وتعمل الناقلات العصبية بأنواعها المختلفة مع خلايا عصبية تتناسب معها. فلا بد من تكافؤ بنية الناقلات العصبية مع بنية الخلايا العصبية التي تعمل معها ومن أكثر أنواع الناقلات العصبية تعرضاً للبحث في مجال التوحد هي سيروتونين Serotonin والدوبامين Dopamine و النوربنيفرين Norepinephrine و النيروبيبتيد Neuropepides وأضيف حديثا الأوكسيتوسين Oxytocin و الفاسوبريسين Vassopressini (زريقات 2004).

هذا، وقد صنف الباحثون اضطراب التوحد على النحو الآتي:

أولا: إضطراب التوحد Autistic Disorder :

يشبه خصائص التوحد إلى حد كبير كما وصفه (كانر)، و يسمى أيضاً (التوحد التقليدي) أو (توحد كانر) حيث يظهر فيه ثالوث الأعراض وهم الخلل في القدرة على التواصل، وضعف في الجانب الإجتماعي والانفعالي، والسلوكيات الروتينية والنمطية، ويظهر عادةً قبل أن يبلغ الطفل سن الثالثة من عمره، وتظهر أعراضه بإختلاف شديد من شخص لآخر، بالنظر إلى التفاوت في القدرات الإدراكية لدى الأشخاص المصابين بالتوحد. وتقدر نسبة انتشاره ب 5 من كل 10000 مولود (Lotter,1996).

ثانيا: متلازمة اسبرجر Asperger Syndrome:

سمي هذا الاضطراب نسبة إلى الطبيب النمساوي هانز اسبرجر (1994) ويعتبر من اضطرابات طيف التوحد، و يتصف المصاب به بوجود خلل في التفاعل الاجتماعي والتواصلي و اهتمامات محددة و سلوكيات نمطية. ولا يوجد مؤشر واضح على أن هناك ضعفا في القدرات العقلية أو تأخراً لغوياً ويعاني المصابون بمتلازمة اسبرجر من ضعف في تكوين الصداقات وخلل في مهارات التواصل غير اللفظية مثل التعابير الوجهية وتتراوح نسبة ذكاء الأفراد بين المتوسط إلى فوق المتوسط. وتعد أكثر شيوعاً من اضطراب التوحد، وتحدث ل 26 – 36 من كل 10000 مولود.

ثالثا: متلازمة ريت Rett Syndrome:

هو اضطراب عصبي لا يظهر إلا على الاناث و هو من الاضطرابات النادرة، ويصيب مولوداً واحداً من كل 15.000 مولود. وقد اكتشفه Rett,1977 وهو عبارة عن خلل عميق في المخ ويظهر في صورة حركات تكرارية لليد و قصور في المهارات اللغوية و الاجتماعية (Hallahan & Kauffman, 2003).

رابعا: إضطراب الإنتكاس الطفولي Childhood Disintegrative (CDD) Disorder

يعد من أندر الحالات، ويحدث لمولود واحد من كل 100000 مولود وهو يشبه اضطراب اسبرجر. ويظهر بعد مرور سنتين من عمر الطفل حيث يبدأ بفقدان العديد من المهارات الأساسية التي قد اكتسبها في مراحل سابقة، وبظهور حركات غير عادية مترافقة مع مشكلات في اللغة الاستقبالية والتعبيرية، وظهور خلل في المهارات الاجتماعية، والسلوك التكيفي، ومشكلات في التواصل اللفظي وصعوبة في التعامل مع الاقران وتكوين صداقات وتظهر سلوكيات تكرارية ونمطية، ويترافق مع اعاقة عقلية شديدة. ولا يعاني من مشكلات عضلية وعصبية (Stilman,2008) وهذا الاضطراب يعد من أندر الحالات فهو يحدث لمولود واحد من كل 100.000 مولود، ويشبه اضطراب اسبيرجر والتوحد من حيث أنه يصيب الذكور أكثر من الاناث

خامسا: الإضطراب النمائي الشامل – غير المحدد Pervasive .Developmental Disorder – Not Otherwise Specified .PDD-NOS

يظهر هنا الاضطراب معظم صفات التوحد ومظاهره، و تكون غالباً أبسط صور اضطراب التوحد، و تحمل الصفات ذاتها للتوحد، وهي الخلل في الجانب الاجتماعي والانفعالي واضطرابات في المهارات اللفظية وغير اللفظية، ويصعب تشخيص هذه الحالات على أنها توحد لأن هناك العديد من المظاهر التي يصعب الحكم عليها بشكل مباشر بالرغم من تشابهها بشكل كبير مع الطيف التوحدي (Volkamar,2005).

هذا، وقد بين الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) الصادر عن جمعية الأطباء النفسيين الأمريكيين (American Psychiatric Association APA,1994) ، خصائص اضطراب التوحد كما يلي:

أولا: القصور في التواصل الاجتماعي:

يعتبر القصور في التواصل الاجتماعي السمة التي يغلب ظهورها لدى اطفال التوحد، والمتمثلة في الاشارات واللغة التواصلية الاجتماعية، وعجزٌ في الانخراط في سلوكيات اجتماعية بسيطة كالتواصل البصري والابتسام أو الاستجابة لمحاولة الوالدين استثارة الكلام والألعاب التي تقتضي التفاعل مع الآخرين (Sundberg,Partington,1998).

ثانيا: خلل في التواصل اللفظي وغير اللفظي:

يعرف الاتصال بأنه عملية تنتقل عبرها المعلومات و الخبرات بين فرد و آخر أو بين مجموعة من الناس وفق نظام معين من الرموز وخلال قناة أو قنوات، ترتبط بين

المصدر أو المرسل أو المتلقي. وقد تكون الأفعال الاتصالية لفظية (كلام، غناء...) أو غير لفظية (ايماءات حركة الوجه، حركة الجسد..) وقد تكون رمزية، وتكون مبنية على نظام رسمي و تقليدي للغة من (الإشارة – الكلام) أو تكون رمزية مثل (ايماءات – اشارات – حركات).

ويؤثر اضطراب التوحد في المقدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي، حيث يتصف المصابون بهذا الاضطراب بالتأخر أو القصور الكلي في تطوير اللغة المنطوقة، وتكوين الخصائص الكلامية كطبقة الصوت والتنغيم والايقاع الصوتي، واستعمال اللغة التكرارية، وفهم اللغة المتأخر، وعدم القدرة على فهم الأسئلة، والقصور في القدرة على دمج الكلمات والايماءات. (American Psychiatric Association APA,1994).

ثالثا: السلوك النمطي وضعف في اللعب التخيلي:

يعاني المصابون باضطراب التوحد من حساسية مفرطة للمس والمسك وأحياناً السمع وضعف في الاحساس بالألم، والرفرفة، وضربات اليد، وتحريك الأشياء أمام العين وهزهزة الجسم، والتي قد تمتد إلى فترات طويلة من الوقت، و يمكن تعبير سلوكات الاستثارة الذاتية بطرق عديدة قد تكون سلوكات دقيقة كحركات العين عند التعرض للضوء، أو القيام بتعبيرات الوجه غير المناسبة عند الحزن، وقد تكون عند بعضهم أكثر وضوحاً كهزهزة الجسم و اصدار أصوات عالية متكررة، و قد تتسم بعض السلوكات بإيذاء الذات (Stilman,2008). وحدد كريك (Kirk,2003) ثلاث صفات لاضطراب التوحد تشتمل على ضعف في تطوير علاقات اجتماعية. واعاقة لغوية مصاحبة بخلل في الاستيعاب اللغوي. وسلوكات نمطية شاذة.



3: الاضطرابات النفسية للمسنين:

3: 1 المقدمة:

تعد مرحلة الشيخوخة مرحلة النضج واكتمال الشخصية وضعفها وانحدارها. فهي ربيع العمر وخريفه. تتطور بالفرد من رعاية الاسرة الى الاستقلال الذاتي. وكسب الرزق مسؤولية تكوين اسرة جديدة ورعايتها والاشراف على توجيهها حيث تصطدم أحلام المراهقة بالواقع ويتعلم الكبير كيف يكيف آماله لمظاهر البيئة التي يعيش فيها.

ولقد تطور الاهتمام بدراسة الشيخوخة منذ القدم واعتبر سيسرون Cicero

الخطيب الروماني المشهور الذي عاش في القرن الأول قبل ميلاد السيد المسيح أول من اهتم بالخواص السلوكية للكبار. والاعمال المناسبة لهم. وفطن العرب الى اهمية دراسة الشيخوخة حين كتب ابو حاتم السجستاني رسالته عن المعمرين سنة 864 للميلاد.

وتمثل الشيخوخة فقدانا جوهريا او انحرافا سلبيا في القدرة الوظيفية مقارنة بمستويات الشباب الاسوياء. (Wright & Weiss, 2000) وهي حالة يصبح فيها الانحدار في القدرات الوظيفية البدنية والعقلية للفرد واضحة يمكن قياسها ولها آثارها على العمليات التوافقية. ففي سن الخامسة والستين من عمر الانساني ينتشر التلف الحسي والحركي. ويعانون من تدهور وظيفي يؤثر بشكل ملموس على مجمل الوظائف الحيوية. وهنا يبرز الفارق الجوهري في تحول النمو الانساني في الاتجاه العكسي. فبينما كان النمو في المراحل السابقة يتجه نحو التحسن والترقي والتنمية بمعدلات مختلفة. فانه مع بدء الشيخوخة يبدأ التدهور بمعدلات بطيئة في البداية ثم يتسارع هذا المعدل تدريجيا حتى يصل الى أقصاه في طور الشيخوخة (أرذل العمر).

وتبدأ التغيرات البيولوجية تأخذ طريقها في الوجود منذ حياة الرشد وربما قبل ذلك. وهي تغيرات تبدأ بطيئة تدريجيا. بحيث يصعب التعرف على معدلاتها الفعلية. وتتراكم آثار التدهور. فتنشأ الشيخوخة من تراكم الاثار الضارة لما يحدث من تلف او مرض او عمليات من التدهور ناجمة عن شيخوخة الخلايا والانسجة. أو بسبب تراكم آثار من القصور في العمليات الكيمائية الحيوية. ومن المحتمل ان يكون السبب هو مجموعة من تلك العوامل. والشيخوخة بهذا المعنى تمثل حالة من القصور البيولوجي العام تؤدي الى موت الانسان كنتيجة لانهيار العمليات العضوية الحيوية.(Baron & Kalsher, 2002) كما انها تزيد من احتمالات الموت بسبب تزايد تعرض المسنين لانواع العدوى او المضاعفات التي تتبع التعرض للحوادث. وهي بالتالي ليست فقد نتاجا لتدهور بيولوجي. وانما هي نتاج للظروف الحضارية والاقتصادية. وهي مرحلة من مفاهيمنا عن دور حياة الانسان. يحددها بشكل أو بآخر معتقداتنا حول الانسان والطبيعة وهي خاضعة للأنظمة السائدة من اتجاهات وقيم. ومن هذا المنظور فان الشيخوخة يمكن اعتبارها ظاهرة اجتماعية بيولوجية. يمكن اخضاعها لنوع من السيطرة بشكل أو بآخر. (اسماعيل، 1989)

3: 2 الشيخوخة وأهميتها وما تثيره من مشكلات:

3: 2: 1 تعريف الشيخوخة:

المسنون او كبار السن هم من بلغ عمره خمسا وستين عاما فأكثر، وفيها يحدث القصور المتزايد في القدرة على التكيف والتوافق والبقاء. فالشيخوخة بهذا، هي حالة يصبح فيها الانحدار في القدرات الوظيفية البدنية والعقلية واضحا يمكن قياسه وله آثاره على العمليات التوافقية (اسماعيل، 1989). وفي سن الخامسة والستين ينتشر التلف

الحسي والحركي وتدهور ملموس على مجمل الوظائف الحيوية، وعجز جسمي وعقلي مما يتطلب وجود الحماية والرعاية لهم من الاخرين.

فقد تحدث فنش Finch (Gibson, 2000): عن مرحلة الشيخوخة مشيرا الى ان الجسد كالآلة. تعمل حتى انتهاء الزمن المخصص لها فتبلى. واشار الى ان جميع الاعضاء في الجسد الواحد ليست موضوعة للبلى والتمزق في الوقت ذاته. كيف لا وأن اعضاء الجسد تشيخ بنسب متفاوتة من فرد لآخر. وان الهرمونات تؤثر بشكل اساسي وفاعل على عمل الفرد. فهي قد تزيد من عمره. كما قد تنقص منه من خلال نقص القدرة على انتاج هذه الهرمونات. مما حدا ببريهودا Prehoda الى تقديم تقارير أشارت الى امكانية استخدام أنماط مختلفة من العلاجات الهرمونية المساعدة في تخفيف بعض أمراض الشيخوخة بالرغم من عدم قدرة الباحثين على عزل اصناف الهرمونات ذات العلاقة بالشيخوخة بشكل مباشر.

واقترحت النظرية الكولاجينية في الشيخوخة The Collagen theory senescence: (Gibson, 2000) أنه اذا قدر للباحثين التحكم بمادة الكولاجين Collagen وهي مادة بروتينية توجد في النسيج وتساعد على توصيل الانسجة وتحتفظ ببقائها في الجسم. يحقق زيادة في تماسك الانسجة مع التقدم في العمر. هذا التماسك الذي يقلل من عمليات ابتلاع المواد المغذية في الجسم. ويفجر بالتالي، الطاقة الانتاجية المهملة لتحقق ازديادا لعمليات الشيخوخة في الجسم.

وتفترض نظرية المناعة الذاتية في الشيخوخة The Autoimmunity theory of senescence: (Gibson, 2000) ان الزيادة في العمر تجلب زيادة في التحولات والتغيرات الرئيسية الهامة في انقسام الخلية Coll division الى القيام بدراسات مستفيضة ضمنها تقريره الذي اشار فيه الى التوقع في زيادة فترة حياة الفرد اذا تمكن الباحثون من تخفيف حدة استجابة المناعة الذاتية لهذه المتغيرات.

3: 2: 2 الشيخوخة عبر التاريخ:

تنقسم دورة حياة الانسان الى مرحلتين رئيسيتين هما:

- مرحلة النمو والتطور Development
- مرحلة الشيخوخة Aging

وتختلف كل مرحلة عن الاخرى من حيث ان المرحلة الاولى تتسم بزيادة في الشكل والحجم والوظيفة. وتكون متوازنة بشكل عام مع العمر. بينما تتسم المرحلة الثانية

بالميل نحو اعادة تنظيم وتدهور للوظائف والابنية الجسمية لدى الانسان. والمرحلتان الأولى والثانية تنقسمان بدورهما الى ثماني مراحل عمرية مختلفة يوضحها كميل (Kimmel, 2002) بالشكل رقم (16: 1)

1	الولادة (بداية الحياة)	00
2	بداية المدرسة	6
3	سن البلوغ (الحلم)	12
4	سن الرشد (بداية المهنة والزواج)	18
5	الأبوة / الأمومة	20
6	وفاة الوالدين (سن اليأس: وانقطاع الطمث عند المرأة بين سن 45 - ، الجدود)	48
7	سن التقاعد	65
8	الموت	00
	دورة حياة الانسان	

شكل رقم: 5: 1 دورة حياة الانسان

وتشير الشيخوخة بشكل عام الى الانخفاض التدريجي في مستوى الاداء الوظيفي لدى الكائن العضوي بحيث يعتبره عدد من الباحثين سن الستين بداية النهاية للكائن الانساني. مما حدا ببياجيه الى اطلاق مرحلة التقاعد والراحة على هذه السن. (Birren, 1997).

وتعد مرحلة الشيخوخة مرحلة النضج واكتمال الشخصية وضعفها وانحدارها. ولقد كتب الكثير عن الشيخوخة منذ بدء التاريخ حتى يومنا هذا بدءا من الاساطير القديمة والقصص الشعبية. وما كتبه الفلاسفة المصريون القدماء من ان كبر السن يعتبر اعظم مصيبة يبتلى بها انسان (Ward, 2000) ودعوة افلاطون ان يتسلم مقاليد السياسة والقيادة كبار السن. لان التربية لا تأتي ثمارها قبل سن الخمسين. ويعد سيشرون الخطيب الروماني الشهير الذي عاش في القرن الأول قبل الميلاد، أول من اهتم بالخصائص السلوكية للكبار والاعمال المناسبة لهم.

الا ان بداية الاهتمام العلمي بموضوع الشيخوخة لم يتجاوز بداية القرن العشرين حين ظهرت مجموعة من الدراسات التي ركزت على السمات البيولوجية والنفسية للشيخوخة. مما أدى الى ظهور العديد من الجمعيات العلمية المتخصصة في هذا المجال. ويعد كتاب هول Hall الذي ظهر عام 1922 البداية الحقيقية للدراسات البيولوجية النفسية الخاصة بالكبار. ودخول موضوعات الشيخوخة كعلم يدرس في الجامعات ضمن عدد من التخصصات كالطب والتمريض وعلم النفس وغير ذلك من العلوم (Maddux, 2005). كما أدى هذا البحث الى دراسة أثر الزمن على التغيرات

البيولوجية التي تحدث للحيوانات خلال مراحل حياتهم المختلفة. ومن ثم دراسة اثر الزمن على تغير خواص الانسان البيولوجية الفيزيولوجية والنفسية الاجتماعية. كما شغلت مشكلة التكيف الاجتماعي لدى كبار السن الباحثين. فدعا بيرجز Burgess الى تكوين جمعية أمريكية للعلوم الاجتماعية تعنى بدراسة مشكلات الشيخوخة. ومدى تكيف الفرد في هذه المرحلة من حياته بالنسبة لعائلته وعمله ودخله المتناقص.

3: 2: 3 أهمية دراسة الشيخوخة:



تشير الدراسات والبحوث المتعلقة بالمسنين الى ازدياد نسبتهم سنة بعد أخرى. ولهذه الزيادة أثرها في اهتمام العلم الحديث بدراسة الصفات الرئيسية للكبار. خاصة ما يتعلق منها بالمظاهر الجسمية والحسية والعقلية والمعرفية والانفعالية والعاطفية والاجتماعية. فارتفاع مستوى الوقاية الصحية التي تهدف الى منع انتشار الامراض والأوبئة. وارتفاع الصحة البنائية التي تهدف الى تحقيق النواحي الغذائية والبيولوجية لبناء مجتمع سليم وافراد اقوياء، وارتفاع مستوى الصحة العلاجية التي تهدف الى تزويد الفرد والمجتمع بالدواء المناسب لكل الأمراض المعروفة. وارتفاع مستوى الصحة النفسية التي تهدف الى تحقيق التكامل الصحيح لشخصية الفرد وتيسير أسباب راحته النفسية التي تحول بين الفرد وبين الامراض العصبية المختلفة. وزيادة النسل عاما بعد آخر نتيجة للعوامل السابقة. كل ذلك يؤدي الى زيادة تعداد كبار السن في المجتمع الانساني (ملحم، 2012).

ان المجتمع الذي نعيش فيه قادته من الكبار. وهم الذين يوجهون سياسة الدولة ومشروعاتها الاقتصادية وتطورها الاجتماعي. واكتشاف علم النفس والعلوم الأخرى المتصلة به. لأهم الخواص الرئيسية للطفولة الانسانية. وسن البلوغ والمراهقة. والاستمرار في دراسة النمو الانساني من بدء الحياة حتى نهايتها. ومرحلة الشيخوخة تعد مظهرا من مظاهر التطور النفسي للفرد في نضجه واكتمال شخصيته وفي شيخوخته وضعفه.

وتمثل الثروة البشرية اهم انواع الثروات الموجودة في أي دولة في العالم. وان الدراسة العلمية لنفسية الكبار تهدف اساسا الى معرفة الامكانات البشرية والطاقات الكامنة لتوجيهها لخير المجتمع وخير النوع الانساني كله.

3: 3 التغيرات البيولوجية في الشيخوخة:

عزيزي القارىء: حتى تتمكن من فهم الجوانب النفسية والاجتماعية لحياة المسنين. فانه لا بد من التعرف أولا على التغيرات البيولوجية التي تطرأ على المسن. نستعرضها واياك في الآتي (ملحم، 2012):

3: 3: 1 الجهاز الهيكلي:

يعطي الهيكل العظمي لجسم الانسان شكله وصلابته. كما يعين على تماسك العضلات. ويحمي الاعضاء الهامة في الجسم مثل الدماغ والقلب والرئتين. وغيرها. ويزود الانسان بجهاز من الدوافع يعينه على الدفع والجذب والحمل.

وبعد وصول الانسان الى مرحلة الرشد أو اوائل سن العشرين. فانه لا يحدث تغير يذكر في طول عظام الانسان. بالرغم من حدوث قدر من النقص الضئيل في القامة الكلية نتيجة ضمور الغضاريف بين الفقرات الشوكية. والذي يمكن ان يحدث تحدبا او انحناءا الى الامام مع العمر. بسبب ضعف عضلي وضمور في الجهاز العصبي المركزي لدى بعض الافراد. كما قد يحدث ارتخاء في الجسم خلال مرحلة الرشد مما يحدث تغيرا في التركيب الكيميائي للعظام. وتصبح العظام أقل كثافة. مما يزيد من مخاطر حدوث الكسور خاصة في السنوات المتقدمة من العمر. واذا ما حدث قصور في التغذية لدى الفرد او اصيب بأمراض معينة. فان حركات المفاصل تصبح اكثر صعوبة وخطورة كما يتزايد معدل حدوث الأمراض التي تصيب المفاصل مع التقدم في العمر. ولا ننسى ما يصيب الاسنان من تلف مع التقدم في العمر. بحيث ينتهي الامر الى فقدان لها. وتشير الدراسات في هذا السياق الى وجود ارتباط ما بين كل من تأثير التقدم في العمر وتأثير النظام الغذائي الذي يتبعه الفرد، وتأثير الاهتمام بصحة الاسنان وسلامتها واصلاح ما يطرأ عليها من تلف. بالاضافة الى شعور الفرد واحساسه بالتقدم في العمر نتيجة ذلك (ملحم، 2012).

3: 3: 2 الجلد والأنسجة الدهنية:

يتكون جلد الانسان عادة من طبقتين هما:

- الطبقة الخارجية أو الطبقة الصلبة Cuticle (أي البشرة)
- الطبقة الداخلية Dermis (أي الأدمة) وهي تحتوي على العديد من الغدد والنهايات العصبية.

وفي سنوات العمر الأولى من حياة الراشد يميل الانسان الى ان يتزايد لديه فائض من رواسب دهنية. اذا أولئك الافراد الذين لا يعيدون تنظيم أساليبهم الغذائية بما يتناسب واحتياجاتهم البدنية. فتراهم وقد ازداد ت احجامهم. الا انه ومع التقدم في العمر تبدأ الدهون الموجودة تحت الجلد في الاختفاء. ويطرأ تغير على الجهاز العضلي بحيث

يصبح الجلد (الذي افتقد مرونته) في صورة ثنايا وتجاعيد. يصبح الجلد أكثر شحوبا ويفتقد صفاءه ويبدو اكثر جفافا. وتظهر التجعدات في الوجه، ويفقد نضارته، وتقل غزارة الشعر والصلع والشيب وتتسع الأوردة الدموية (الدوالي) Veins Varicase . وتصبح الانسجة أقل قدرة على الاحتفاظ بالماء وتظهر كما لو أصبحت اكثر سمكا وكثافة (Brannon & Feist, 2004).

3: 3: 3 العضلات الارادية:

تقع العضلات الارادية أو العضلات المخططة على طول الذراعين والساقين وأجزاء أخرى من الهيكل العظمي. وتصل هذه العضلات الى اعلى قوة لها في سن الخامسة والعشرين من عمر الانسان. ثم تبدأ بعد ذلك بالتناقص في سرعة وقوة انقباض العضلات. كما تتناقص قدرة الفرد على الاحتفاظ بجهد عضلي. وتصبح العضلات أقل مرونة وتتزايد المواد الليفية بها. ويشير العلماء الى ان التدهور في وضع الجسم والتناسق العضلي انما يتأثر غالبا بما يحدث من تلف في العقد القاعدية Basal ganglia خاصة وان للمخيخ دور هام في التناسق العضلي الذي يحدث هذا الضعف. ومع التقدم في العمر. وبسبب انخفاض قدرة تشغيل القلب والرئتين وعوامل عديدة أخرى، فان الجهد العضلي للفرد يصبح اكثر تحديدا بسبب تصلب وتحديد حركات المفاصل.

3: 3: 4 العضلات اللاارادية:

أما العضلات اللاارادية أو العضلات الملساء فهي تلك العضلات التي تكون في جدار المعدة والأمعاء. وفي القنوات الهوائية. وفي معظم الاحشاء الداخلية. والأوعية الدموية، وهذه العضلات تقع تحت تأثير الجهاز العصبي الذاتي Autonomic nervous system ومع التقدم في العمر فان التأثير على هذه العضلات يبدو ضئيلا وهي تؤدي وظيفتها بشكل سوي بدرجة ما حتى نهاية الشيخوخة تقريبا. فيما عدا العضلات الملساء للأوعية الدموية.

3: 3: 5 الحواس:

أولا: الابصار:

يعد القصور الذي يصيب الفرد في بصره من ابرز التغيرات المصاحبة لكبار السن.ز ومن اكثرها تأثيرا في عمليات التوافق الاجتماعي والاقتصادي. وتشير الدراسات في هذا الصدد. الى ان القصور في الابصار لا يحدث فقط في مرحلة الشيخوخة. وانما تبدأ ملامحه في سن مبكرة للفرد، حيث تميل مسافة الرؤية عند طفل العاشرة من العمر تدريجيا حتى سن الخمسين. مما يضطر العديد من الناس الى استخدام نظارات طبية لتقديم طول النظر. هذا بالاضافة الى ان عدسة العين تبدأ هي ايضا في الهرم منذ سنوات الطفولة

وتصبح أكثر عتامة وأقل مرونة في سنوات الرشد. وتتغير العدسة من حيث الشكل. فيؤدي الى خفض قدرتها على التركيز البؤري. وتغيير في العضلات الهدبية Ciliary muscks ويعمل على خفض قابلية العدسة للتكيف. ولما كانت العدسة تمثل تركيبا قابلا لأن يحدث به مناطق معتمة. فانه من الصعب الاحتفاظ بشفافية العدسة مع التقدم في العمر. وهذا كله، يؤدي بالضرورة انقاص قطر انسان العين، وبطء استجابته للتغير في شدة الاضاءة. كما يحدث تدهور للقزحية Iris وتغلظ القرنية وتفقد بريقها وتصبح أقل شفافية. وضمور في الخلايا العصبية بالشبكية، وقصور في مدد الدم اليها. وكذلك، قصور تدريجي في التمييز الدقيق للألوان يسببه ما يصيب العدسة من اصفرار. ويصبح الابصار بذلك، أكثر تحديدا. ويحدث فقدان تدريجي للمواد الدهنية الحجاجية Orbital fat الامر الذي يؤدي الى ضمورفي مظهر العينين. وتصبح الجفون اكثر ارتخاء بسبب حالة التوتر العضلي الذي يصيب المسن(تايلور، 2008).

ثانيا: السمع:

يبدأ التناقص في حاسة السمع لدى الانسان تدريجيا خلال سنوات الرشد، وغالبا لا يتمكن الانسان من ملاحظة ذلك. لأن معظم الاصوات تكون عادة فوق عتبة الاحساس. ومع التقدم في العمر فانه يحدث ضمور في الانسجة العصبية. ويكون القصور في السمع اكثر وضوحا في الذكور منه لدى الاناث. ويزداد شدو في الاذن اليسرى عنه في الاذن اليمنى.

ثالثا: الحواس الأخرى:

مع التقدم في العمر فان قدرة الحواس في جسم الانسان تتجه نحو خفض القدرة فتدهور الاعصاب الحسية الخاصة بالشم والتذوق ويحدث تناقص في الحساسية بالحلاوة والملوحة. وفي عدد حلمات التذوق باللسان. وتتعرض البصيلة الشمية Oifactory bulb المسؤولة عن احساس الشم في قاعدة المخ الى الضمور. وتتعرض احساسات اللمس وادراك الحركة والذبذبات لنوع من الانحدار.كما يتأثر الادراك الحسي للحرارة بسبب ما يحدث من تغيرات في الرواسب الدهنية وفي الاوعية الدموية. وتتناقص كفاية احساس الوضع والتوازن Vestibular sense فيشعر بالدوار نتيجة اضطرابات في الدورة الدموية. وربما تكون ايضا بسبب ما يحدث من ضعف في الواردات الحسية من العضلات والمفاصل. كما يؤدي القصور في الوضع والاتزان الى حوادث السقوط لدى المسن.

رابعا: النطق:

وبسبب تناقص مرونة غضاريف الحنجرة وتصلبها، خاصة عندما يصل الفرد الى سن الأربعين. وضمور عضلات الحنجرة في مراحل متقدمة من العمر. كما تحدث تغيرات في الغشاء المخاطي لها. وارتفاع في طبقة الصوت. بحيث يصبح مع العمر اقل

قوة، ومداه اكثر تحديدا. وتتدهور القدرة على الغناء والخطابة ويصبح الكلام اكثر بطئا. ويكثر حدوث التوقف خلال الكلام. وقد يطول هذا التوقف. وفي بعض حالات الشيخوخة قد يحدث اندغام الكلام Slurring عنده. اضف الى ذلك العديد من التغيرات المرضية التي تصيب المسن بسبب ما يصيب المخ من تغيرات مرضية.

3: 3: 6 وظائف الحياة النامية:

أولا: الهضم:

يعد الجهاز الهضمي في جسم الانسان جهازا يتميز نسبيا بالقوة. وعدم حدوث قصور خطير نتيجة التقدم في العمر. ما عدا حالات الاصابة بالمرض. وتشير الدراسات الطبية هنا الى ان هضم المواد الدهنية يؤدي الى تكون دقيقات من الدهون في مجرى الدم تسمى Chylomicrons وتتزايد هذه الدقيقات مع العمر ثم تعود الى مستواها القاعدي. الا انه مع التقدم في العمر فان معدل الامتصاص يبطيء كثيرا وتزداد درجة تركيز هذه الدقيقات الى مستوى عال. مما يزيد من احتمال تعرض المسن للامراض التي ترتبط بالتمثيل الغذائي للمواد الدهنية للمسن.

ويعاني المسن من استجابات هضمية هزيلة. بالنظر الى معاناة المسن من قلة افراز اللعاب وضعف حاد في حواس الشم والتذوق. مما يضعف اقبال المسن على الطعام والى عملية الهضم. هذا بالاضافة الى العوامل النفسية التي تصيب المسن مع التقدم في العمر والتي تعلب دورا بارزا في الشهية للطعام والهضم (Brannon & Feist, 2004).

ثانيا: تخلص الجسم من الفضلات:

تتعرض اجهزة الكلية عند المسن لنوع من الضمور بسبب تدهور الاجزاء المكونة لها مثل الانيبيات Tubuks يتم تعويض جزء من هذا التدهور عن طريق نمو خلوي مما يجعل القدرة الوظيفية للكلية لا تتناقص بشكل خطير حتى سنوات العمر المتأخرة للمسن. وقد يؤدي فقدان المسن قدرته على الضبط الارادي للتبول الى متاعب عديدة كما يحدث الامساك في مراحل متأخرة من العمر نتيجة لضعف في وظائف المعي في مراحل النمو السابقة. وعدم ممارسة النشاط أو عدم مناسبة الغذاء باحتوائه على ندرة في المواد الخشنة. او بسبب نقص الفيتامينات، أو بسبب الامراض التي قد يصاب بها المسن.

ثالثا: التمثيل الغذائي:

المعيار القاعدي للتمثيل الغذائي يكافيء عادة المعدل الذي يستهلك به الانسان الاكسجين في حالة الراحة. ويزداد هذا المعيار خلال بذل الجهد او الانفعال. ويتناقص

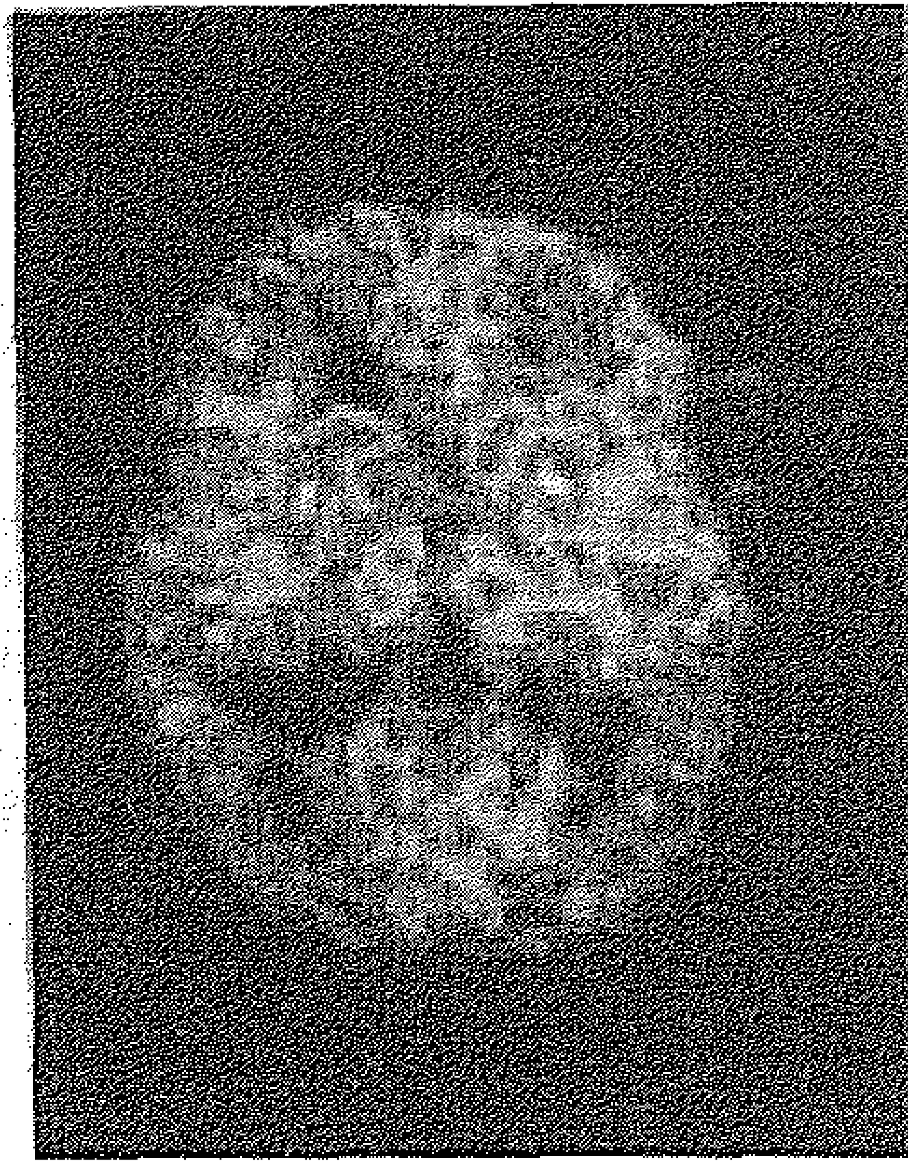
مع التقدم في العمر. هذا المعيار يعد المسؤول الرئيسي للتمثيل الغذائي في جسم المسن. والذي يحدث تناقصا في افرازات الغدة الدرقية. الا ان عددا من البحوث تشير الى ان السبب الرئيسي في ذلك هو تناقص في العدد الكلي للخلايا. وتناقص النشاط في المناطق الرئيسية من الجسم مثل الكبد والعضلات.

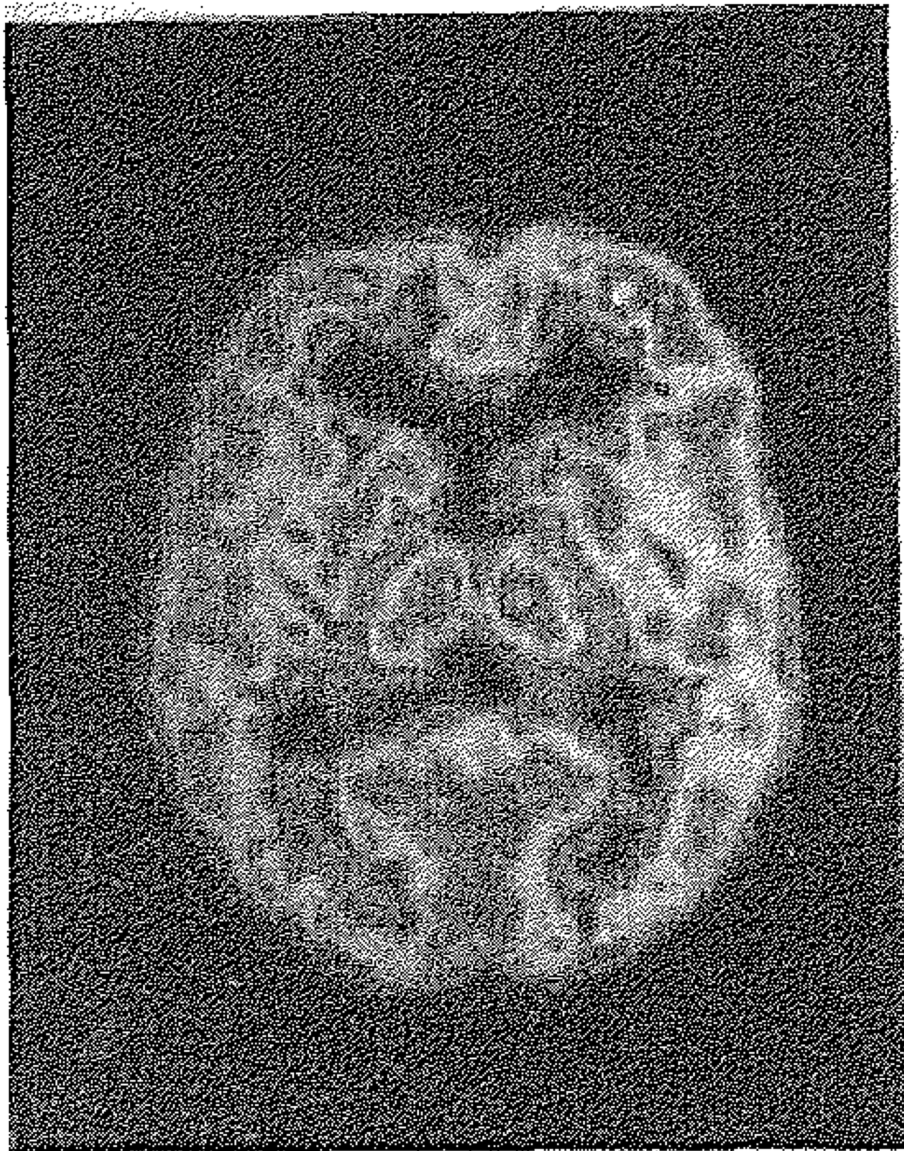
أما بالنسبة للحرارة والبرودة فان استجابة المسن للبرودة تكون ابطأ من استجابة الشخص الاصغر سنا. حيث تضعف العضلات الارادية لديه ويضعف منعكس الارتعاش لديه. مما يعرضه لانخفاض خطير في درجة حرارة جسمه تؤدي به الى حالة غير سوية بالنسبة للمسن. أما درجة الحرارة العالية لجسم المسن فيمكن خفضها عن طريق ايقاف او ابطاء الجهد العضلي. ويمكن عن طريق عوامل التكيف من افراز للعرق وتمدد للأوعية الدموية السطحية. العمل على خفض درجة حرارة الجسم. لاحظ هنا ان المسن غير قادر على التعامل بصورة طبيعية لدرجات الحرارة العالية نسبيا (تايلور، 2008).

3: 3: 7 الغدد الصماء:

أولا: الغدة الدرقية Pituitry gland :

التقدم في العمر يؤدي الى نقص في حجم الغدة الدرقية Pituitry gland وتصبح اقل امدادا بالدم بالرغم من انها تستمر في أدائها لوظائفها عبر السنين. كما تنخفض افرازاتها من هرمون الثيروكسين Thyroxin مما يحدث نوعا من التناقص في المعيار القاعدي للتمثيل الغذائي. بالنظر الى تأثير هرمون الثيروكسين عليه. ويعرض المسن الى مخاطر تناقص درجة حرارة الجسم.





ثانيا: جارات الدرقية Parathyrod glands :

تنظم جارات الغدة الدرقية عملية التمثيل الغذائي للكالسيوم والفوسفور ومع التقدم في العمر تحدث زيادة تخلل الرواسب الدهنية لهذه الغدد. كما يحدث نوع من التناقص في الانسجة الأساسية المكونة لها. بحيث لا يتبقى سوى عدد قليل من الخلايا النشطة.

ثالثا: الغدة الادرينالية Adrenal gland:

تؤدي عدم كفاية الغدة الادرينالية لدى كبار السن الى تغييرات سلبية مصاحبة للشيخوخة. بحيث يؤدي الى ضعف عضلي وسرعة التعب وزيادة الامراض التي تصيب المسن بشكل حاد

رابعا: الغدد الجنسية التناسلية:

سوف نتعرض للغدد الجنسية عند الحديث عن الحياة الجنسية في مرحلة الشيخوخة(Brannon & Feist, 2004).

3: 3: 8 الدورة الدموية:

يبلغ عدد ضربات القلب لدى الراشد حوالي 72 ضربة في الدقيقة الواحدة. وقت الراحة. ويزداد معدل ضربات القلب في حالات النشاط او الانفعال. وبسبب قوة انقباضات القلب ومقاومة الشرايين فان جسم الانسان يحتفظ بمستوى ثابت لضغط الدم. كما يتكيف الضغط لمواجهة مطالب الحياة. لكن الارتفاع الدائم في ضغط الدم يؤدي بالضرورة الى تلف في الشرايين وانخفاض ضغط الدم يؤدي ايضا الى قصور مؤقت في تزويد المخ بالدم. حيث يحدث لدى الانسان اغماء في حالات كثيرة. وفي حوالي سن الخامسة والخمسين يصبح ايقاع القلب أبطأ ويتزايد عدم انتظامه. وفي هذا المجال، فان هناك دراسات تشير الى رتفاع طفيف في معدل ضربات القلب في اواخر مرحلة الشيخوخة.

ويزداد قطر الاوعية الدموية الرئيسية بشكل طفيف. ويعزو العلماء تلك الزيادة الى الارتفاع الطبيعي في ضغط الدم المصاحب للتقدم في السن. وربما يكون ارتفاع ضغط الدم عند المسن استجابة لما يتعرض له سريان الدم من اعاقة بسبب زيادة سمك جدران الاوعية الدموية وما يحدث من تغير للشعيرات الدموية. وهذا التغير في الشرايين قد يؤدي الى نتائج سيئة بالمخ. فيقل مدد الدم في المخ مما يؤدي الى حدوث تلف تركيبي من خلال ضمور الخلايا العصبية. فيكثر التعرض لحدوث الجلطات داخل الاوعية الدموية ويتزايد مخزون الدهون حول القلب وتصبح صمامات القلب اقل فاعلية. وتتناقص قدرة القلب على العمل مما ينعكس سلبا على الاداء البدني للمسن.

ويمثل تصلب الشرايين صورة من صور التدهور فيجسم المسن. حيث تختزن الدهون داخل وبين الخلايا. وتتكون املاح الكالسيوم وتصبح جدران الاوعية الدموية (خاصة الشرايين منها) اكثر سمكا واقل مرونة. وهذه التغيرات التي تحدث في الجهاز الدوري بالاضافة الى تصلب الشرايين الى حدوث تلف موضعي للجهاز الشرياني

وتزداد معدلات حدوث تصلب الشريان التاجي. وارتفاع في ضغط الدم (Brannon & Feist, 2004).

3: 3: 9 التنفس:

تتراوح معدلات التنفس لدى الراشدين ما بين 15 – 18 مرة في الدقيقة الواحدة. الا ان درجة عمق التنفس تتزايد بشكل حاد خلال بذل الجهد والمواقف الانفعالية والضاغطة التي يتعرض لها الفرد. ويتأثر المخ بشكل مباشر للتفاوت في كمية الاكسجين (بالرغم من ان هناك نوعا من السيطرة الارادية على التنفس من مراكز عليا في المخ). وأن أي نقص في كمية الاكسجين مهما كان بسيطا قد يؤدي الى درجات متفاوتة من الخلل الوظيفي في الجسم كالنعاس وضعف في العضلات. واختلال التوازن الحسي الحركي وضعف في القدرة على حل المشكلات. وفقدان للشعور، وتلف للخلايا العصبية (في حالة النقص الشديد للأكسجين) ثم الوفاة. ومع التقدم في العمر يحدث انخفاض في كفاية الفرد في التنفس بشكل عام. واحتواء الرئتين على كميات اقل من الهواء. وتوزيع غير متناسب للأكسجين في الجسم وانتشار امراض الجهاز التنفسي بين المسنين. كالنزلات الشعبية والالتهاب الرئوي الذي يؤدي في كثير من الحالات الى الوفاة(Brannon & Feist, 2004).

3: 3: 10 الجهاز العصبي:

تكشف الدراسات والبحوث التي أجريت على الجهاز العصبي للانسان عن وجود نوع من المرونة في خصائص الجهاز العصبي كاستجابة توافقية للاحتياجات المتغيرة للانسان. وأن الالياف العصبية التي يتم تحويل مساراتها الى نهايات طرفية جديدة تتخذ نفس الخصائص المعينة واسلوب الاستجابة الخاص بالعضو الجديد الذي اصبحت تنتهي فيه.

وبالرغم من ان تجدد الالياف العصبية في الجهاز العصبي المركزي امر ممكن الا ان تلك القابلية تتضاءل مع التقدم في العمر. بحيث تأخذ تغيرات اخرى مكانها في الخلية العصبية في حالة الشيخوخة. مثل الانكماش وتزايد الاصباغ وموت الخلية وتناقص مدد الدم والاكسجين للدماغ. كما يتناقص وزن المخ من 1400 غرام لدى الذكور و1250 للاناث في سن العشرين الى حوالي 1250 غرام للذكور و1125 غرام للاناث في سن الثمانين. ويتزايد هذا التناقص مع التقدم في العمر. ويشير الباحثون هنا ان مقياس المخ هذا ليس دقيقا لعدد الخلايا العصبية السليمة فيه. فالمحتوى المائي للمخ يزداد زيادة بسيطة في مرحلة الرشد. بينما الاحماض الامينية لا تتأثر مع التقدم في العمر بشكل واضح. ويبقى حامض الريبوز النووي RNA Ribonucleic acid ثابتا تقريبا خلال مرحلة الرشد ويتناقص في سنوات العمر الاخيرة، أما الحامض النووي

الديكسي Deoxyribonucleic acid (DNA) يبوزي فيتزايد بشكل ضئيل(carson, et al., 2006).

هذا، وتشير الدراسات الخاصة بالتخطيط الكهربائي الدماغ (EEG) Electroenoephalogram الى ان ترددات ألفا تتراوح ما بين 1 – 12 ذبذبة في الثانية، وان ترددات دلتا تروواحت بين 1 – 3 ذبذبة في الثانية. وترددات نيتا تراوحت بين 4 – 7 ذبذبات في الثانية. وان جميع هذه الترددات تتباطأ مع التقدم في العمر. وأن كبار السن الذين يعانون من اضطرابات أو امراض في الاوعية الدموية يكشفون عن عدم سواء في التخطيط الكهربائي للدماغ بدرجات متفاوتة.

ويؤدي المرض وضمور المخ لدى كبار السن الى نتائج عدة: فتصبح شقوق المخ Fissures أكثر عمقا واتساعا، ويتزايد حجم البطينات Ventricles وينتابها التشوه، ويتم افتقاد العديد من الخلايا، ويحدث تدهور في المخيخ Cerebellum وفي الاجزاء الداخلية للمخ، وتتزايد الياف الخلايا الغرائية Gilia Cells التي تشكل التراكيب المساندة

وتتدهور خلايا شيفان Schwann cells التي تغلف الالياف العصبية

كما يؤدي تصلب الشرايين على المخ عن طريق خفض مدد الدم اليه الى: خفض كمية الاكسجين التي تصل المخ، وخفض توزيع المواد الغذائية للمخ والتخلص من الفضلات بما في ذلك ثاني اكسيد الكربون. وضمور او موت الخلايا العصبية. وامكانية حدوث نزيف دموي من احد الاوعية الدموية المتدهورة مما يؤدي الى حدوث تلف مخي وحالة الفالج Stroke . ويحدث ضمور للالياف العصبية وتغير في الشكل المورفولوجي. وتناقص في امدادات الدورة الدموية. وتزايد في الانسجة الرابطة. وتناقص المكونات الاساسية للخلية العصبية.

وتتأثر استجابة الجهاز العصبي للضغوط الانفعالية عند المسن. ويحدث خفض في الاستجابة الكلية للجهاز العصبي الذاتي Autonomic nervous system وما يصاحب ذلك من افرازات غدية، وخفض في مستوى الاستثارة الانفعالية. بحيث يصبح مزاج المسن أكثر تسطحا أو استواء.

أما القصور التدريجي الذي يحدث في اللحاء Cortex فيؤدي الى فقدان السيطرة على الاستجابة الانفعالية بحيث تصبح هذه الاستجابة اكثر بدائية. وترتبط بالمواقف العابرة مما يصعب على المرء التنبؤ بالسلوك الانفعالي للمسن. وتصبح الخبرة الانفعالية لدى المسن اقل ثباتا وتزول بزوال المنبه (Schwartz, 2003).

3: 4 الحياة الجنسية في الشيخوخة:

مما لا شك فيه ان تأثير السن على الحياة الجنسية يظهر واضحا لدى الفرد. كما تتداخل عوامل عديدة في الحياة الجنسية للفرد. فالاستجابة الجنسية للرجل تتضاءل مع التقدم في العمر. وكذلك المرأة (Brannon & Feist, 2004).

أولا: الحياة الجنسية للذكر:

يمكن تقسيم الوظائف التناسلية للذكر الى ثلاث قطاعات رئيسية هي:

- تكوين الحيوانات المنوية Spermatogenesis
- أداء الفعل الجنسي الذكري
- تنظيم الوظائف الجنسية الذكرية من خلال الهرمونات المختلفة

وتفرز الخصيتان هرمونان هما هرمون الاندروستون androstene –D وهرمون التستوستيرون Testostrone. وهذان الهرمونان يتكونان في خلايا ليدج التخللية Interstitial cells of leyding والتي تقع بين الانيبيات حاملة البذور Seminiferous tubules ويمكن اعتبار ان هرمون التستوستيرون هو الهرمون الوحيد المسؤول عن تأثير الذكورة الهرمونية التي تحدثها الخصيتان. بالرغم من وجود هرمونات أخرى للذكورة (Androgens) تفرز من مناطق أخرى بالجسم بالاضافة الى الخصيتين. فالغدة الادرنالية مثلا تفرز خمسة هرمونات على الاقل من الاندروجين. وان كانت كمية هذه الهرمونات قليلة. كما يتم افراز كمية قليلة من هرمونات الانوثة (استروجين Estrogens) في الذكر. ولا زالت مشكلة انتاج هذه الهرمونات غامضة لدى العلماء.

وهرمون التستوسترون Testostrone هو المسؤول بصفة عامة عن الخصائص المميزة لجسم الذكر. ولا يتم افراز هذا الهرمون خلال مرحلة الطفولة حتى سن 10 – 12 سنة تقريبا. وتزداد سرعة انتاج هذا الهرمون عند البلوغ. ويستمر تقريبا حتى بقية العمر. لكنه يتضاءل بسرعة بعد سن الاربعين ويصل الى ادنى مداه في سن الثمانين. وتسبب افرازات التستوستيرون عقب البلوغ تضخم العضو الذكري والصفق والخصيتين عدة مرات حتى سن العشرين. ويعمل التستوستيرون على نمو الخصائص الجنسية الثانوية منذ البلوغ وحتى نهاية النضج. والتي تميز الذكر عن الانثى. ومن بين اهم هذه الخصائص عند الذكر هو ما يحدث من نمو الجهاز العضلي عقب البلوغ. ويكون هذا مصحوبا بتوازن نيتروجيني ايجابي يعزى الى نوع من التأثير الذي يمارسه التستوستيرون على بناء البروتينات وكثير من التغييرات في الجلد التي يحدثها في الاغلب ترسيب البروتينات في الجلد. كما يمكن ان يرجع ما يحدث من تغييرات في الصوت الى دور التستوستيرون في الاحتفاظ بالنيتروجين. ولهذا فان العديد من الباحثين يسمون هذا

الهرمون بهرمون الشباب. بسبب تأثيره على الجهاز العضلي. ولذلك، فانه يستخدم في كثير من الحالات في علاج الاشخاص الذين نمت عضلاتهم نموا ضعيف.

وعقب البلوغ تفرز الغدة النخامية للذكر الهرمون الحافز للغد الجنسية Gonadotropic hormone حتى نهاية العمر. كما يستمر تكوين الحيوانات المنوية حتى الوفاة. ومع ذلك فالوظائف الجنسية تبدأ في التناقص ابتداء من سن الاربعين يقابله في ذلك توقف الدورة الشهرية عند الاناث. ويسمى تناقص الوظائف الجنسية عند الذكر بسن اليأس الذكري The make climacteric ويكون مصحوبا في الغالب باعراض من ومضات من الحرورة والشعور بالاختناق Suffocation واضطرابات نفسية شبيهة باعراض سن اليأس عند الاناث.

3: 4: 2 الحياة الجنسية للأنثى:

تتميز الحياة الجنسية السوية للانثى بتغيرات ايقاعية شهرية في معدلات افراز الهرمونات الجنسية وما يتبع ذلك من تغيرات في الاعضاء الجنسية ذاتها. وهذا ما يسمى بالدورة الجنسية الانثوية. حيث تبلغ مدة الدورة الشهرية 28 يوما في المتوسط. وقد تتراوح مدتها بين 20 – 45 يوما عند بعض النساء. وتكون في هذه الحالة مصحوبة بتناقض في الخصوبة.

ينتج عن الدورة الجنسية الانثوية عادة تحرر بويضة واحدة من المبيضين كل شهر. بحيث ان جنينا واحدا فقط يمكن ان ينمو في المرة الواحدة. ويتم اعداد الغلاف المبطن لغرس البويضة الملقحة في زمن محدد من الدورة. كما تعتمد الدورة الجنسية اعتمادا تاما على الهرمونات الحافزة للغدد الجنسية Gonadotropic hormones التي يفرزها الفص المقدمي من الغدة النخامية Adenohy pophesis فالمبيضان اللذان لا يتم تنبيههما بواسطة الهرمونات الحافزة للغدد الجنسية يظلان غير نشيطين تماما كما هو الحال في مرحلة الطفولة حيث لا توجد هذه الافرازات الهرمونية تقريبا. أما الهرمونات الجنسية الانثوية فهي هرمونات الاستروجين Estrogens والبروجستيرون Progesterone

تعمل هرمونات الاستروجين على تنشيط ما يتم من التحويرات التي تحدث لخلايا معينة في الجسم. وتكون مسؤولة عن نمو الاعضاء الجنسية ومعظم الخصائص الجنسية الثانوية للأنثى. وتعمل على احداث زيادة في النشاط الخاص ببناء العظام Osteoblastic activity كما ان له تأثير على نمو الهيكل العظمي بحيث يعمل على التنام العظام الطويلة. وهذا التأثير لدى الاناث يكون اقوى بكثير من التأثير الذي يحدثه التستوستيرون في الذكور. ولذلك، فان نمو الانثى عادة ما يتوقف في وقت مبكر قبل الذكر بعدة سنوات. وتشير البحوث هنا الى ان الانثى التي يتم استئصال المبيض لديها ولا يحدث بها انتاج لهرمونات الاستروجين. يزداد نمو طولها عدة بوصات من الأنثى الناضجة السوية. لأن العظام الطويلة لا تلتئم في وقت مبكر تحت تأثير هرمونات الأستروجين.

وتعمل هرمونات الاستروجين على زيادة كمية البروتين الكلي في الجسم. كما تزيد هرمونات الاستروجين من معدل التمثيل الغذائي بشكل طفيف. كما تعمل على

زيادة كميات الدهون المختزنة في الانسجة تحت الجلدية. ونتيجة لذلك فان الكثافة الخاصة لجسم الانثى تكون اقل بكثير من الكثافة الخاصة لجسم الذكر الذي يحتوي بروتينا اكثر ودهنيات اقل.

وبالاضافة الى ترسب الدهنيات في الثديين والانسجة تحت الجلدية. فان هرمونات الاستروجين تحدث ترسبا ملموسا للدهنيات في الفخذين والعجز مما يؤدي الى زيادة عرض الحوض. وهو من خصائص الشكل الانثوي. ويجعل الاستروجين الجلد ناعم الملمس طريا واكثر سمكا واكثر احتواء على الاوعية الدموية. يصاحبه زيادة في دفء الجلد.

أما البروجستيرون فيهتم بالاعداد النهائي للرحم بغرض الحمل. او اعداد الثديين للرضاعة. وعند حوالي سن 45 – 50 سنة تصبح الدورة الجنسية غير منتظمة ولا تحدث عملية الاباضة Ovulation خلال العديد من تلك الدورات. حتى تتوقف الدورة بعد سنوات قليلة. بسبب استهلاك المبيضين Burning out (احتراق المبيضين) ومع ذلك فان هرمونات الاستروجين تظل تفرز بكميات قليلة ولمدة قصيرة بعد الدورة الجنسية. الى ان يهبط انتاج المبيضين من هرمونات الاستروجين الى الصفر تقريبا.

يعتبر سن اليأس عند الأنثى The female climacteric الزمن الكلي الذي قد يستمر من عدة شهور الى عدة سنوات والذي تصبح خلاله الدورة الجنسية غير منتظمة. ثم تتوقف تدريجيا. وعلى المرأة عندئذ ان تعيد تكيف حياتها. حيث يؤدي فقدان هرمونات الاستروجين الى حدوث تغيرات فيزيولوجية ملموسة في وظائف الجسم تتضمن ومضات من السخونة تتميز بتورد الجلد. وسهولة الاستثارة وسرعة التعب والقلق(Davison & Neale, 2004).

وعقب توقف الدورة الجنسية عند المرأة. فان مستوى ما تفرزه الغدة النخامية من الهرمون الحافز للغدة الجنسية Gonadotrophin يرتفع بحدة. ويشير الباحثون في هذا الصدد الى ان ذلك يمثل محاولة الغدة النخامية لاعادة عمل مبيض غير مستجيب قد اصابته الشيخوخة (ملحم، 1989).

3: 4: 3 الغدد الجنسية والشيخوخة:

قام عدد من علماء الشيخوخة باجراء سلسلة من التجارب لمحاولة ازالة نتائج الشيخوخة عن طريق علاج تعويض بالهرمونات. لكنهم حققوا نجاحات ضئيلة في هذا المجال. فبعض التغييرات التركيبية في الغدد الصماء المسنة تماثل التغييرات التركيبية التي تتبع استئصال الغدد الجنسية. ويمكن التخلص من بعض هذه التغيرات بعلاج الكائن بالهرمونات الجنسية في بعض الحالات(Brannon & Feist, 2004).

3: 4: 4 الاضطرابات الجنسية في الشيخوخة:

عزيزي القارىء: عرفت فيما مضى ان الاستجابة الجنسية للرجل تتضاءل تدريجيا كلما تقدم في السن. ووفقا للدراسات التي قام بها كنزي Kinsey فان قمة الحياة

الجنسية هي في مرحلة المراهقة حيث تصل تكرارات النشاط الجنسي الى اعلى معدل لها. ثم تتناقص بانتظام بعد ذلك. حيث تهبط بشكل خطي تقريبا حتى سن الستين. ويرى ماسترز وجونسون Masters & Johnson أنه مع التقدم في العمر وخاصة بعد سن الستين. يكون هناك بطء في المراحل الاساسية التي تشكل الفعل الجنسي. كما يكون هناك تزايد في طول الفترة الزمنية اللازمة لكي يكون المرء مستعدا مرة اخرى لمعاودة الاتصال الجنسي والتي تسمى فترة المقاومة أو المعاندة Refractory period كما ان اللذة النفسية المشتقة من عملية الانتهاء من الفعل الجنسي قد تصبح معاقة. ويرى ماستر وجونسون ان احد العوامل الهامة في تحديد طبيعة النشاط الجنسي للمسنين هي الظروف البيئية التي يعيشها الذكر خلال سنوات تشكيله جنسيا. اذ عندما يتاح للذكر مستوى عال من التعبير الجنسي خلال سنوات عمره المبكرة. فانه سوف يحتفظ بمستوى عال من النشاط الجنسي في أواسط العمر وسنوات عمره المتقدمة. وبناء عليه، فان معدلات النشاط الجنسي العالية في سنوات العمر المبكرة ترتبط بمعدلات عالية في سنوات العمر المتقدمة.

هذا، وقد اشارت نتائج البحوث المتعلقة بالنشاط الجنسي للمسن. (Patrick, et al., 2001) أن اي مرض جسمي يسبب الضعف او السقم يمكن ان يتدخل في النشاط الجنسي. وأن الضعف الجنسي غالبا ما يصاحب مرض السكر Diabetes melitus وان فقدان القدرة الجنسية Impotence يمثل أحد الاعراض المبكرة لمرض السكر. ويقال ان القدرة الجنسية تستعاد عادة عندما يتم السيطرة على مرض السكر.

وبالنسبة للاناث، فبالرغم من احتفاظ المرأة بنشاطها الجنسي بصورة أو بأخرى. الا انها تمر بخبرة تكون مؤشرا واضحا على توقف قدرتها على انجاب الاطفال. ويعتبر توقف الدورة الجنسية بمثابة حدث مزعج يؤدي الى الاكتئاب. وكذلك، فان تناقص القدرة الجنسية لدى كل من الرجل والمرأة. وتغير في المظهر لديهما يمكن ان يثر مشكلات خطيرة. وغالبا ما ينزعج الرجال باعتبار ان قدرتهم الجنسية تمثل بالنسبة لهم رمزا للذكورة. أما المرأة فان فقدان جاذبيتها الجنسية قد تهدد مشاعرها بالامن في علاقاتها الزواجية. وان كانت ترحب بتناقص الاهتمام الجنسي لدى شريكها.

3: 5 التعمير ومدى العمر:

عزيزي القارىء: قام عدد من الباحثين (Polizzi, et al, 2002) بدراسات مستفيضة حول مدى عمر الانسان وذلك بأن اجرو مقارنات متعددة بين الحيوانات التي لها مدى من العمر محدد مستخدمين في ذلك منحنى البقاء Survival curve وقد اوضحت هذه الدراسات بأنه كلما تحسنت الظروف المعيشية فانه يمكن لأعداد أكثر وأكثر ان تصل الى العمر الخاص بها Specific age ويمكن القول ان التعمير في الثدييات يرتبط ارتباطا غير دقيق بحجم الجسم. كما يرتبط بدرجة اكبر بحجم المخ. ويزداد هذا الارتباط بشكل وثيق بالسرعة التي تتناسل بها.

3: 5: 1 العوامل المؤثرة في التعمير:

أولا: العوامل الوراثية:

يمكنك القول بأن مدى العمر في الحيوان هو أمر وراثي. وان التعمير يرثه الانسان . بمعنى ان طول العمر يمكن ان تتوارثه الاسرة. والعلاقة الارتباطية بين الاباء والابناء من حيث التعمير هي مع هذا اقل من العلاقة الارتباطية بينهما الخاصة بطول البنية. بمعنى ان احتمال ان ينجب الاباء المعمرون ابناء معمرين هو اقل من احتمال ان ينجب الاباء طوال القامة ابناء طوال القامة.

أ - المورثات:

وهناك عوامل أخرى يؤثر من خلالها الاباء على الابناء بالاضافة الى تأثيرهم من خلال المورثات Genes فالامهات المتقدمات في السن يكن اقل احتمالا لأن ينجبن اطفالا اصحاء. وهناك اخطاء في المورثات قد يحملها الابناء الذين يولدون في مراحل متأخرة من العمر. مثل انجاب اطفال متخلفين عقليا من فئة المغوليين Mongolism ومثل هذه الفئة من المتخلفين عقليا تموت في سن مبكرة(Pakal, 2001).

ب - الجنس:

وهناك صفة أخرى يرثها الابناء عن الاباء وهي صفة الجنس. وقد عرفت سابقا ان الحيوان المنوي الذكري من الاب الذي يلقح بويضة الام هو الذي يحدد بالفعل طبيعة ما اذا كان المولود القادم ذكرا ام انثى. وللجنس دوره في طول العمر مثلما يؤثر ايضا على حجم الكائن. ومن الممكن ان تكون هناك فروق كبيرة في مدى العمر من الذكور والاناث. وان الاناث يعشن اطول من الذكور بالرغم من ان الفروق في العمر بين الجنسين كان موضع نقاش من قبل الباحثين خاصة وان كلا الجنسين يتعرضان عادة لمخاطر عديدة. فالرجل يتعرض عادة لمخاطر المهنة وتتعرض المرأة لمخاطر الحمل. ويشير الباحثون هنا الى ان هذه الفروق في مدى العمر انما ترجع الى اختلاف الكروموسومات بين الجنسين. فكل خلية من خلايا الاناث تحتوي على نسختين من الصبغيات Chromosomes في حين ان الامر يختلف في حالة الذكور حيث يوجد في الخلية صبغي واحد مفرد ليس له نسخة أخرى منه. بمعنى ان الخلية الذكرية تحتوي على نسخة واحدة من كل واحد من المورثات موجود على هذا الكروموسوم المفرد. وبالتالي فان اي من هذه المورثات اذا اصابه ضرر لن تكون هناك نسخة اخرى له. وبالتالي فانه يضعف من حيوية الكائن. في حين ان هذا لا يحدث في حالة الانثى الا اذا كان الضرر قد اصاب زوج الصبغيات معا.

ج - التناسل:

هناك تأثير آخر على التعمير وهو التناسل Reproduction فهناك حيوانات تتناسل مرة واحدة ثم تموت كثعبان السمك والسالمون. بسبب تغيرات بيوكيميائية تنجم عن الهجرة خلال الماء المالح. والتناسل في الواقع يؤدي الى اجهاد الكائن. وان العقم قد يكون سببا في اطالة العمر (Holms, 2001).

ثانيا: العوامل البيولوجية والتكوينية:

تشير الدراسات المتعلقة بالشيخوخة الى ان مدى عمر الرجل يتراوح بين 70 – 80 عاما مع احتمال ان يعمر حتى سن 110 وان مدى عمر المرأة أطول من عمر الرجل. وقد لوحظ ان عمر المرأة في المجتمعات الغربية يزيد عن عمر الرجل بحوالي خمس سنوات. ويفسر الباحثون ذلك على اساس اجتماعي أو حضاري باعتبار ان الرجل يتعرض لضغوط من التنافس في حياة العمل اكثر مما تتعرض له المرأة. ويميل علماء البيولوجيا الى القول: " بأنك اذا اردت ان تعيش طويلا فاختر آباء عاشوا طويلا" وان هناك مؤشرات على وجود علاقة ما بين طول عمر الاباء وطول عمر الابناء. وان مدى عمر البنات يميل لأن تكون له علاقة أوثق بمدى عمر الاباء. وان هناك فروق محددة ما بين الابناء أنفسهم. فالابناء الذين يولدون في البداية يكونون اطول عمرا من الابناء الذين يولدون أخيرا. كما وجد ان هناك تماثلا في مدى العمر وسرعة حلول الشيخوخة بين التوائم المتطابقة Uniovular twins عنه بين التوائم غير المتطابقة Binovular twins فالتوائم المتاطابقة تتوفى بفارق زمني قدره أربع سنوات في المتوسط. في حين يبلغ هذا الفرق خمس سنوات ونصف في حالة التوائم غير المتطابقة (Pakal;, 2001).

ثالثا: العوامل النفسية والاجتماعية:

تشير الدراسات المتعلقة بالشيخوخة الى انه عندما يشرف الانسان على الموت يحدث له نوع من الهبوط الشديد في الوظائف المعرفية. كما ان الافراد التي تكون قدراتهم المعرفية ضعيفة يتوفون في وقت مبكر عن اولئك الذين ليسوا كذلك. ويشير الباحثون في هذا الصدد (Riegel, 1972) الى ان الوفاة تكون اكثر احتمالا للافراد الذين يكون أداؤهم منخفضا على الاختبارات المعرفية. وأن التدهور المفاجىء في القدرات المعرفية عادة ما يحدث خلال مرحلة تمتد لأقل من خمس سنوات سابقة على الوفاة. وأن نقل المسن من بيئته وايداعه بالمؤسسة. مهما كانت الظروف التي يعيشها المسن في تلك المؤسسة فانها تحمل مخاطر شديدة. تتمثل في حدوث تغيرات سلبية في وظائف المسن. ويمكن ان يتلو ذلك الوفاة.

ومن جهة أخرى تشير الدراسات الى ان المسنين الذين يعانون من زملة مخية مزمنة Chronic brain syndrome لا يعيشون عادة طويلا. على اعتبار ان الزملة المخية المزمنة تكون مصحوبة بلا شك بتغيرات في بعض نواحي القدرات العقلية. وابرزت تلك الدراسات أهمية الظروف الصحية والوظائف البدنية الجيدة. والتي تمثل عوامل أساسية مؤثرة في طول العمر. ويرى عدد من الباحثين ان هناك اربع عوامل يمكن اعتبارها افضل مؤشر على مدى العمر وهي:

- توقعات العمر عند بدء تقييم الحالة وفقا للجداول الاكتوارية
- حالة الوظائف الجسمية
- درجة الرضا عن العمل
- مستوى الاداء على اختبارات الذكاء

وكشفت الدراسات ايضا عن العلاقة الواضحة بين مدى العمر وثلاثة عوامل أخرى هي: البدانة والتدخين ومستوى النشاط. ويعد مستوى النشاط الاكثر اهمية للدلالة التي يظهرها على الحالة الصحية البدنية للفرد.

3: 6: تغيرات القدرة العقلية في الشيخوخة:

هناك العديد من التغيرات التي تطرأ على الفرد عند دخوله مرحلة الشيخوخة. وربما يكون قبل ذلك ايضا. مع وجود تباين واضح للتغير من شخص لآخر. ذلك ان الكثيرين من المسنين يمكنهم الاستمرار في حياتهم الاقتصادية والمهنية والاجتماعية وممارسة نشاطاتهم السابقة بينما نرى آخرين وقد تركت الشيخوخة بصماتها عليهم بشكل واضح وجلي. ومن الخصائص العقلية التي يمكن ان تتأثر بالشيخوخة ما هو متعلق بالقدرة على التفكير المجرد ، والقدرة على التصرف في المواقف الجديدة. وتشير الدراسات المتعلقة بهذا الجانب ان الوظائف العقلية للفرد تنحدر تدريجيا من العقد الثالث من العمر حتى العقد السادس منه. ثم تنحدر بشكل حاد بعد ذلك. ويرى وكسلر Wechsler ان الانحدار في القدرات العقلية يبدأ في ان يكون مستويا في معظم الاحوال عند حوالي سن 18 ثم يتزايد مع التقدم في العمر حتى سن 20 – 25 وبعد ذلك العمر تبدأ كل درجات الاختبارات في الانحدار. ويكون الانحدار في بادىء الامر بطيئا الا انه يأخذ في الوضوح بشكل متزايد بعد سن الثلاثين.

3: 6: 1 التدهور العقلي في الشيخوخة:

من المعروف انه مع التقدم في العمر يحدث تدهور في قدرات معينة عند الشخص. دون ان يصبح المسن بالضرورة عبئا اجتماعيا. فقد يعاني من صعوبة في تذكر اسماء ووجوه جديدة على سبيل المثال. لكن هذا الامر لا يشكل بحد ذاته اعاقة للاستمرار في حياة اجتماعية ناجحة. ويكون قادرا على ادارة شؤون منزله او مصالحه الاقتصادية. ويكون تأثير السن ملحوظا بصفة خاصة في مجال السرعة (مثل زمن الرجع (Reaction time فتتدهور قدرة المسن على التعامل مع الكلمات بشكل تدريجي. ويكشف أداء المسن على الاختبارات التي تتطلب استخداما لما تعلمه في الماضي عن تدهور أقل من تلك الاختبارات التي تتطلب عامل السرعة وعمليات تعلم جديدة والادراك الحسي لعلاقات جديدة في مضمون لفظي او مكاني. وقد صمم وكسلر مجموعة من اجزاء الاختبارات اسماها Hold tests لا تتأثر بعامل السن مثل: المفردات، والمعلومات، وتجميع الاشياء، وتكملة الصور. ومجموعة أخرى اطلق عليها Don't hold tests تكشف عن تدهور في الاداء عليها بشكل واضح نسبيا مع التقدم في العمر. مثل مدى ذاكرة الارقام، والمتماثلات، ورموز الارقام، وتصميم المكعبات. ويحسب معامل التدهور في اختبار وكسلر بطرح مجموع الدرجات الموزونة على الاختبارات التي تتأثر بعامل السن من مجموع الدرجات الموزونة على الاختبارات التي لا تتأثر بعامل السن. هذا، وقد تم تصميم اختبارات عديدة تستخدم كأدوات اكلينيكية لقياس القصور العقلي عند المسن وكمؤشرات على قيام حالة من التلف العضوي بالمخ. منها(Pakal, 2001):

- اختبار Babock-Levy test وهو اختبار يعتمد على الدرجات التي يحصل عليها المريض على اختبار المفردات في مقياس ستانفورد – بينيه باعتباره يمثل القدرة العقلية السابقة للمسن.
- اختبار Hunt-Minisota test وهو اختبار يستخدم المفردات في مقياس ستانفورد – بينيه كاطار لتقييم أداء المريض على ستة اختبارات للذاكرة.
- اختبار Goldstein and Scherers وهو اختبار يقوم على اساس تكوين المفاهيم ويعتمد بشكل أكثر على الاساليب التي يستخدمها المفحوص في أدائه للاختبار عن اعتماده على النتيجة النهائية للأداء. يتكون هذا الاختبار من مجموعة اختبارات هي: اختبار المكعبات The cube test ، واختبار تصنيف الالوان Color sorting test واختبار فرز الاشياء The object sorting test– واختبار فرز الالوان The color-sorting test واختبار العصي The Goldstein-Schere stick test

3: 6: 2 خبل الشيخوخة وتأثير التلف البؤري:

يعرف الخبل Dementia بأنه تدهور للوظائف العقلية قد اتخذ صفة الثبات والاستقرار بسبب تلف عضوي بالدماغ. والمظهر العام للعته يتفاوت من فرد لآخر وفقا للشخصية السابقة على المرض. كما يتفاوت وفقا للعمر الذي بدأ عنده المرض.

وفي حالات التدهور العقلي لخبل الشيخوخة فان مظاهر كل صور القصور كاضطراب وظائف الكلام Dysphasia ، وفقدان الذاكرة Amnesia والابراكسيا يمكن ان تكون قائمة في حالات خبل الشيخوخة. وفي مثل تلك الحالة فان الكفاية العقلية تتأثر بكثير من الامراض الوظيفية مع التقدم في العمر. كما تكون الشيخوخة مصحوبة ببدء حالة من الاكتئاب أو البارانويا. ويكون التمييز بين ما تحدثه تلك الاضطرابات الوظيفية، وبين ما يحدثه التلف العضوي في المخ أمر صعب. كما ان هناك مظاهر عديدة للقصور العقلي يمكن ان تجعل الانسان غير قادر على التعويض عما يعانيه من فقدان لوظائف عقلية خاصة مما تؤدي بالضرورة الى حالة من التدهور العقلي العام. وهذه المظاهر هي:

أولا: المثابرة أو الثبات والاستمرار Perseveration :

في هذه الحالة يكرر المريض استجابة ملائمة لمنبه معين كاستجابة لمنبه تال. حتى وان كانت تلك الاستجابة لا تتناسب مع المنبه التالي.

ثانيا: النمطية Stereotypy :

يرتبط بظاهرة المثابرة ظاهرة عدم القدرة على تغيير المفاهيم وبمعنى آخر ظاهرة النمطية. وهذه الظاهرة تحدث في المواقف التي يكون على المريض فيها ان يصنف الاشياء بطرق شتى. وما ان يحقق صيغة من صيغ التصنيف فانه لا يستطيع ان يتبنى صيغة أخرى.

ثالثا: العيانية Concreteness :

وفي هذه الظاهرة يستجيب لكل المنبهات كما لو كانت تقوم فقط في المحيط الذي قدمت فيه ولا يمكن تجريدها عن بيئتها، او تجريد صفاتها عنها. ولا يستطيع المسن تعريف الكلمة مثلا بشكل تام لأنها تفشل في استدعاء كلمة أخرى. فتعريف كلمة سرير مثلا هو: نعم انه سرير. مجرد سرير تنام عليه.

رابعا: التشوسن Perplexity :

التشوسن مظهر آخر من مظاهر القصور العقلي العام الذي يرجع الى اصول عضوية. فعندما يواجه المريض موقفا لا يمكنه تناوله فانه يحاول الهرب منه عن طريق الانشغال بأفعال منفصمة عن الموقف. وعلى سبيل المثال، فانه عندما يفشل في تسمية

صورة عرضت عليه. يقوم بتقبيلها وينظر الى ظهرها. واذا ما تم تقديم شيء لا يستطيع التعرف عليه، فانه يضعه في جيبه.

خامسا: استجابة النكبة او المصيبة The catatrohicreation :

استجابة النكبة او المصيبة استجابة انفعالية حادة مصحوبة بمكونات من نشاط الجهاز العصبي الذاتي Autonomic nervous system مثل العرق واحمرار الوجه والصياح وعدم الاستقرار.

وبالاضافة الى ما سبق من مظاهر للتدهور العقلي لدى المسن فان هناك عددا من اضطرابات الذاكرة والكلام والادراك الحسي والمهارات الحركية نلخصها لك في الجداول التالية (اسماعيل، 1989):

الاضطراب	البيان	تلف بؤري بالمخ Focal lesions	خبل الشيخوخةDementia
اضطراب الذاكرة	القدرات المفتقدة	الاحتفاظ (وبخاصة الاحداث القريبة) والتعلم من خلال الحواس المختلفة	الاحتفاظ، التعلم، وبعض المهارات المستقرة
	الوعي	ضعيف للزمان والمكان	ضعيف للزمان والمكان
	الاستبصار	جيد في الاغلب	ضعيف عادة
	المزاج	في حالة من الاستخفاف	في حالة من الاضطراب، مشوش، خلط، شرود ذهني
	الاستجابة للمهديات	جيد عادة، ميل للتزييف اذا كان التلف حادا	ميل للتزييف
اضطراب الكلام	القدرات المفتقدة	التعبير وتسمية الاشياء أسوأ من الفهم كالقراءة بصوت مرتفع أسوأ من التعرف على الكلمات المكتوبة الأخطاء تشير الى تعرف صحيح للأشياء	الفهم أسوأ من التعبير التعرف على الكلمات المكتوبة أسوأ من من القراءة بصوت مرتفع الأخطاء تشير الى تعرف خاطىء للأشياء
	الوعي	جيد	ضعيف
	الاستبصار	جيد	ضعيف عادة
	المزاج	مكتئب بسبب الفشل في العثور على الكلمات الصحيحة	يبدو راضيا تماما عن أدائه
	الاستجابة للمهديات	تفيده بعض المهديات	تشوشه المهديات
	المثابرة	بعض الكلمات يتم تكرارها بالرغم من وعي المريض بعدم جدواها	بعض الكلمات او الالفاظ يتم تكرارها ونقلها من جملة الى أخرى بعد تصحيحها

	الوعي	ضعف الوعي المكاني، على انه عادة ما يتم الاحتفاظ بالوعي الزماني	ضعف الوعي بالمكان والزمان
	الاستبصار	مشوش، المريض منزعج، يعزو متاعبه الى الجنون او ضعف الذاكرة	استبصار بسيط، عادة ما يكون راضيا عن أدائه
	المزاج	مشوش، يعاني من ضيق عندما يتم التعرف على ما يعانيه من اضطراب	لا ينزعج من الاخطاء، لكنه ينزعج اذا ما افتقد طريقه الى الجناح من المستشفى
	الاستجابة للمهديات الاستجابة للمهديات	يمكن للمهديات اللفظية ان تفيده ويستطيع في الاغلب ان يتعلم الاستعانة بالمهديات اللفظية يمكن للمهديات اللفظية ان تفيده ويستطيع في الاغلب ان يتعلم الاستعانة بالمهديات اللفظية	تشوشه المهديات وتحدث خلطا لديه تشوشه المهديات وتحدث خلطا لديه
اضطرابات المهارات الحركية	القدرات المفتقدة	تعقد تتابع الافعال (ابراكسيا)	فقدان الاهداف التي يوجه نحوها النشاط
	القدرات التي يتم الاحتفاظ بها	الافعال البسيطة والالية	مهارات الاصابع عادة ما تظل جيدة
	الوعي	جيد	ضعيف
	الاستبصار	جيد	ضعيف
	المزاج	يضطرب بسبب الفشل	يضطرب عندما يعاني من خلط كأن تكون الملابس معكوسة الوضع فما هو الى الامام يكون للخلف
	الاستجابة للمهديات	تحسن ضئيل ما لم تقل درجة تعقد الموقف. لا تفيد المساعدة اللفظية	يتحسن اذا ما تم تذكيره بأهدافه بصفة مستمرة

جدول رقم: 5: 2

الفروق بين الاضطرابات الوظيفية والاضطرابات العضوية لدى المسن

النشاط	الاضطراب العضوي	الاضطراب الوظيفي
التعبير الانفعالي	متغير غير مستقر متوقف على التنبيهات	متفق مع الاهتمامات الذاتية غير متغير
السلوك النفس حركي	زمن رجع نشط الافعال متكررة ونمطية ميل الى عدم الاستقرار سلوك غير هادف	زمن رجع بطيء النشاط يكاد ألا يكون تلقائيا السلوك هادف موجه
الكلام	المفردات وتراكيب الجمل سليمة عادة الا ان الاقوال متناقضة او لا معنى لها	سليم من حيث الشكل، ولكن المضمون يشير أساسا الى انشغال ذاتي
الوعي	ضعيف للزمان وغالبا ما يكون ضعيفا للمكان الوعي بالاشخاص سليم الى درجة ما	سليم عادة وان كان يتوقف على درجة الانشغال الذاتي
الادراك الحسي	ادراك حسي خاطىء كاستجابة للمنبهات البصرية واللفظية	يستجيب للمنبهات الخارجية استجابة طيبة بالرغم من الهلاوس والهذاءات

3: 6: 3 اضطرابات الوعي:

يرتبط الوعي Consciousness عادة بالنشاط الذي يحدث داخل دماغ الانسان. وهو ما يحدث من تغير في السلوك يتلو التنبيه الحسي. وللوعي عدة مستويات تميل الى التداخل في بعضها البعض ومن الصعب تحديد الانتقال من مستوى الى مستوى آخر. وهذه المستويات هي(Pakal, 2001):

- نشاط منعكس بسيط
- حركات غير هادفة
- حركات هادفة دون اي كلام او فهم للكلام
- حركات غير مستقرة وقدرة على نطق كلمات او جمل قليلة غالبا بشكل انفجاري
- كلام وحركة لا يحكمها اي كف. مع ادراك للزمان والمكان والاشخاص وفقدان الذاكرة للأحداث الجارية.

- ادراك كامل وتهذيب اجتماعي

وخلال عودة حالة الوعي تستعاد القدرة على ادراك الزمان والمكان والاشخاص قبل استعادة القدرة على تذكر الاحداث القريبة. ونادرا ما يحدث فقدان للوعي وما يصاحبه من فقدان للذاكرة في اصابات الدماغ التي لا تسببها تغيرات فجائية عنيفة في الاتجاه. وفي حالة فقدان الوعي فانه لا يمكن استثارة المريض استثارة تامة بواسطة منبهات خارجية. لكن هذا الامر ممكن في حالة عدم اليقظة. مما يوضح التمايز الذي يحدث بين حالتي فقدان الوعي Unconsciousness وعدم اليقظة Unwakefulness . كما ان هناك فروقا واضحة ما بين فقدان الوعي في حالات الغيبوبة وبين حالات النوم . فخلال النوم الطبيعي نجد ان الاعصاب الحسية تستقبل بصفة مستمرة المعلومات الواردة. حيث يعمل المخ على التقاط ما هو هام من هذه الواردات ويتخلى عن غير الهام منها. أما في حالة الغيبوبة فان المريض لا يستجيب الا للمنبهات القوية فقط. ولا تتعدى تلك الاستجابات اكثر من مجرد حركات للاطراف من نوع المنعكس Reflex .

وهناك عدد من الخصائص السلوكية التي يمكن التعرف عليها خلال حدوث نوع من التغير أو الخفض في حالة الوعي من ابرزها: فقدان الانتباه والتيقظ. وتغير في القدرات العقلية. وفقدان القدرة على الاحتفاظ. واضطرابات المزاج.

3: 6: 4 اضطرابات الوجدان:

التذبذب في الحالة الوجدانية وفقا لما يحدث من تغيرات فيزيولوجية ونفسية يعد امرا طبيعيا بل وربما يكون امرا حيويا. وعندما لا يعكس المزاج هذه التغيرات بأن يظل ثابتا اما على مستوى عال جدا كما هو الحال في الهوس. او على مستوى منخفض جدا كما هو الحال في الاكتئاب. او عندما يفشل في التحرك اي يصبح المزاج مسطحا فان الحالة الوجدانية هنا يشار اليها بأنها غير سوية.

ويعتبر التخلف النفسي الحركي واحدا من ابرز مصاحبات حالات الاكتئاب حيث يحدث بطء في زمن الرجع. وعزوف عن الفعل وندرة فيما يتم من افعال. كما ان من المصاحبات الشائعة للتغير في الحالة الوجدانية سواء في اتجاه الارتفاع (الهوس) أو في اتجاه الانخفاض (الارق) حدوث الارق وفقدان الشهية وتناقص الدافع الجنسي. وقيام ظاهرة التفاوت النهاري Diurnal rhythm حيث تتحسن حالة المريض نحو المساء.

والانسان المكتئب لا يستشعر بالحزن فقط. وانما يصبغ هذا الحزن استجاباته للأحداث المختلفة وبخاصة تلك الاستجابات المرتبطة بنظرته لنفسه ولافعاله: فقد يشعر بعدم احقية لوضعه الحالي ولما هو محيط به، وقد يشعر بانه مسؤول عن اخطاء الاخرين. وبنفس الشكل فان الشخص الذي يعاني من الهوس فانه يعكس مشاعره بالاستخفاف وحسن الحال والسعادة على كل افعاله.

3: 6: 5 اضطرابات الذاكرة The dysmnesic syndrome:

يعد اضطراب الذاكرة مرض شائع من امراض الدماغ. وتحدث كعرض عابر في العديد من الامراض التي تصيبب الدماغ. مثل الشلل العام وتصلب شرايين المخ Cerebral arteriosclerosis والورم والتهاب الدماغ Encephalities واصابات الدماغ وغير ذلك. كما تشكل جزءا من حالة من الاضطراب الوظيفي للمخ. والتي تبدو في شكل قصور عقلي وهذيان وسبات او غيبوبة.

وتمر عملية التذكر في ثلاث مراحل هي: التسجيل Registration، والاحتفاظ Retention، والاستدعاء أو التعرف Recall ولكن عندما تكون هناك مشكلات في التذكر. فانه يصبح من الصعب ان نقرر في اي مرحلة من هذه المراحل الثلاث حدث هذا القصور.

وينظر الاكلينيكيون الى نواحي القصور في الذاكرة من جهتين هما:

أولا: فقدان الذاكرة اللاحق Anterograde amnesia :

نعني بفقدان الذاكرة اللاحق: صعوبة تعلم مهارات جديدة وصعوبة الاحتفاظ بأحداث وقعت بعد بدء حالة فقدان الذاكرة. وقد اشار كورساكوف Korsakov الى هذه الحالة بفقدان الشخص لادراك الزمان والمكان والاشخاص مصحوبا بخلط وعدم قدرة على الاحتفاظ بالمعلومات. وغالبا ما يعاني المدمنون على المشروبات الكحولية والمرضى المصابون بأورام تتضمن البطين الثالث Third ventrical والمرضى الذين يعانون من التهاب السحايا الدرني Tuberculous meningitis من هذه الحالة.



ويمكن تصنيف فقدان الذاكرة اللاحق الى مجموعتين هما:

1 - التعلم:

فقد لوحظ ان بعض مرضى المستشفيات ممن يعانون من فقدان مزمن للذاكرة ينكرون انهم كانوا في اجنحة المستشفى لأكثر من بضع ساعات. ومع هذا، فانهم يسلكون كما لو كانوا يعرفون بالضبط اين هم ذاهبون اليه وما يتوقعونه هناك. واذا ما طلب منهم ان يذهبوا الى فراشهم فانهم يفعلون ذلك دون الوقوع في أي خطأ.

2 - التذكر:

فالتغيرات الرئيسية التي تحدث للذاكرة مع مرور الزمن هي:

- الاحلال أو الازاحة في الزمان والمكان Displacement in time and place : فقد يتذكر الشخص انه قد زار مكانا معينا او قابل شخصا ما. لكن من الصعب ان يقرر متى تم ذلك وأين كان ذلك بالضبط.
- الاسترجاع الجزئي Partial recollection : فالشخص قد يتذكر بعضا من حدث أو مشهد وليس الحدث كله او المشهد كله.
- التحريف Distortion : حيث يميل الشخص عند تذكره لحدث او منبه معين ان يحرف منه.
- التكثيف Condensation : ذلك ان اجزاء من الخبرة الاصلية قد تترك كما هي. في حين يتم تغيير اجزاء اخرى. الى ان يتم تكثيف الخبرة الكلية في وحدة صغيرة ذات معنى.
- الاغلاق Closure : فقد تضاف اجزاء الى صيغة غير كاملة لكي تصبح مناسبة لأن تكون مقياسا للحكم.

ثانيا: فقدان الذاكرة السابق (تقهقر) Retrograde amnesia :

يمثل فقدان الذاكرة السابق صعوبة في استدعاء احداث سابقة على بدء حالة فقدان الذاكرة ويشتمل على الجوانب الرئيسية التالية:

- فقدان الذاكرة السابق في حالة الأميزيا المزمنة: فالمرضى الذين يعانون من اضطراب عضوي في الذاكرة غالبا ما يجدون صعوبة في تذكر الاحداث التي تسبق بدء حالة فقدان الذاكرة.
- فقدان الذاكرة السابق عقب ارتجاج المخ في اصابات المخ: وهذا لا يصاحب فقط الحالات المزمنة الثابتة. بل ان ثغرة في الاحداث الماضية قد يظل يعاني منها المرضى الذين تعرضوا لاصابات الدماغ.ويستمر ذلك لمدة طويلة عقب تحسن كل

الوظائف العقلية الأخرى. ذلك ان درجة فقدان الذاكرة تتفاوت تفاوتا كبيرا وفقا لمراحل المرض المختلفة.

هذا، وقد اشارت البحوث المتعلقة باضطرابات الذاكرة الى انه عندما يصل فقدان الذاكرة الى مرحلته الثابتة الى الاتي:

- هناك درجة من بقايا قصور في الذاكرة خلال فقدان الذاكرة السابقة (التقهقرية) للخبرات الحديثة التي تسبق اصابة الدماغ. ويأخذ هذا القصور شكل ثغرة في الذاكرة، أو استرجاع غير دقيق وغير واضح أو اخطاء في تقدير الزمن.
- كلما زادت درجة اصابة الدماغ شدة. كلما كان هناك احتمال بحدوث بقايا من قصور الذاكرة.

3: 6: 6 اضطرابات الادراك الحسي:

عند حدوث تلف دماغي للشخص فان كثيرا من اضطرابات الادراك الحسي مصحوبة بقصور حسي تحدث لديه. وقد تحدث هذه الاضطرابات أيضا في حالة اداء الحواس لوظائفها كاملة.

وهناك انواع عديدة من اضطرابات الادراك الحسي من ابرزها: العمى البصري، والعمى السمعي، والعمى اللمسي، وآخر خاص بالاحساسات الباطنية (العضلية الوترية **المفصلية الاتزانية)**.

3: 7: تدهور الجهاز العصبي في الشيخوخة:

تم استخدام مصطلح خبل ما قبل الشيخوخة من قبل بنزفانجر Binswanger عام 1898 للاشارة الى ما يحدث من تدهور للجهاز العصبي للشخص مؤديا الى الشيخوخة خلال أواسط العمر. وقد اشار جيرفز Jervis الى ان العمليات الأساسية في خبل الشيخوخة، وخبل ما قبل الشيخوخة تتمثل في ضمور الخلايا العصبية والالياف العصبية مع قدر من التغير في الخلايا الغرائية Glia cells وان الفروق بين الصور الاكلينيكية المختلفة انما ترجع الى عوامل تكوينية مختلفة أو عوامل غير ذاتية تتدخل في العمليات الاساسية لضمور الشيخوخة مؤديا الى مظاهرة المبكرة وصور الشيخوخة المحرفة.

ان الامراض الرئيسية في خبل ما قبل الشيخوخة تتمثل في كل من: مرض بيك Picks Disease ومرض الزهايمر Alzheimers disease ، ومرض جاكوب – كريتزفيلدتز Jakob -- Crentzfeldts Disease . وكذلك التدهور الوراثي للجهاز العصبي المسمى Huntington s chorea الذي يحدث في سن الشباب وأواسط العمر وله أوجه تماثل عديدة مع مجموعة الامراض السابقة. ويمكن للخبل الذي يحدث في اواسط العمر ان يعود الى اضطرابات معروفة مثل اصابات

الزهري للجهاز العصبي والاورام المخية والمكسيديما Myxoedema. وتعتبر هذه الاضطرابات نوعا من الخبل الثانوي Secondary dementia في مقابل الخبل الاساسي أو الاولي Essential dementia .

3: 8: الاضطرابات العقلية والنفسية في الشيخوخة:

بالرغم من النظرة التفاؤلية التي تشيع بين عدد من الباحثين حول جدوى العلاج الذي يقوم به الاخصائيون للمسنين فان الاستجابات الاكتئابية والانفعالية وضطرابات الفكر والادراك الحسي هي امر شائع بين كبار السن. وقد تكون هذه الاضطرابات مصحوبة بأعراض من الاضطرابات العقلية ذات الاصول العضوية. أو قد تقوم بمفردها. وقد تكون الاضطرابات العقلية لدى المسن امتدادا لما حدث في مرحلة الرشد. أو قد تمثل عودة للظهور من تلك المرحلة. وربما يكون ظهورها لأول مرة.

هذا، ويمكن تصنيف الاضطرابات العقلية التي تحدث في سن الشيخوخة الى مجموعتين أساسيتين هما:

3: 8: 1 الاضطرابات الوظيفية:

تحدث هذه الاضطرابات في غياب أية دلائل على اضطرابات عضوية في المخ. وفي هذه النوع من الاضطرابات نجد ان كثيرا من المسنين غير مزودين – نسبيا – بامكانيات تتيح لهم مواجهة المشكلات التي تتراكم عبر السنين. كما تضم المجموعة أيضا آخرين ممن تواجههم مشكلات ضاغطة بشكل غير عادي بالرغم من كفاية تكوينهم النفسي. كما تضم عددا آخر ممن تكون انماطهم السلوكية التي عاشوها سنين طويلة. والتي لم تعد قادرة على الصمود في وجه المشكلات العديدة التي يثيرها الدخول في مرحلة الشيخوخة. ومن ثم يكشفون عن أعراض من اضطرابات عقلية واضحة. ومجموعة ثالثة من المسنين كانوا يعانون من بعض صور الاضطراب العقلي لم تكن واضحة بسبب صفات شخصية أو ظروف معينة.

أما الاستجابات النفسية الأكثر شيوعا لدى المسنين ممن يعانون من الاضطرابات الوظيفية. الاكتئاب المصحوب غالبا باتجاهات هذائية. وهذه الاضطرابات العقلية تماثل في طبيعتها ما يمكن ان يحدث لمن هم من غير المسنين. وتعد حالات الفصام وذهان الهوس – الاكتئاب من الاضطرابات الأكثر شيوعا بين المسنين كما يمكن لصور من القصور البدني والاجتماعي والاقتصادي أن تؤدي الى الذعر والغضب والاكتئاب بحيث تثير صورا عصابية حادة واضطرابات سلوكية. ويمكن لتلك الصور المرضية ان تصبح أكثر تعقيدا لدى المسن بسبب معاناة المريض في نفس الوقت من اضطرابات عضوية في المخ(Brannon & Feist, 2004).

3: 8: 2 الاضطرابات العقلية الناتجة عن خلل عضوي في المخ:

الزملة المخية هي اللفظ الذي يطلق على مجموعة من نواحي القصور العقلي تعكس تلفا في المخ أو اضطرابا في وظيفته. وعندما يكون هذا العجز أمرا عابرا فان الحالة تعتبر حادة وتمثل اضطرابا مخيا يمكن مواجهته. ووفقا لتعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي فان الزملات المخية هي اضطرابات عضوية تعود الى قصور منتشر في وظائف أنسجة المخ لأي سبب من الأسباب. وحتى يتم تشخيص الحالة بأنها زملة مخية. فانه لا بد من وجود تصور منتشر في أنسجة المخ.

وتنعكس هذه الاضطرابات فيما يسمى بالزملة المخية Brain Syndrome والتي يمكن تصنيفها الى مجموعات ثلاث:

- مرضى يعانون من زملة مخية حادة Acute brain syndrome وهي اضطرابات عقلية حادة عابرة. سببها عادة المرض البدني أو التسمم.
- مرضى يعانون من اضطرابات عقلية غير معقدة نسبيا الا انها تتخذ صفة الثبات والاستمرار. وهي الزملة المخية المزمنة Chronic brain suyndrome .
- مرضى يعانون من اضطرابات تكون فيها الزملة المخية المزمنة البسيطة أو المتوسطة مصحوبة بأعراض تعقد الموقف من اضطرابات الفكر او الوجدان. وهؤلاء عادة ما يتطلب الامر توفر بيئة تكفل لهم الخدمات الطبية النفسية بالاضافة الى صور الرعاية المختلفة. **ومن مظاهر الزملة المخية:** اضطرابات الوعي بالزمان والمكان والاشخاص واضطرابات الذاكرة واضطراب في الوظائف العقلية الخاصة بالذكاء وضحالة او تنقل الوجدان. وهناك اعراض أخرى من المحتمل قيامها مثل التحول الانفعالي او الخفة الانفعالية Emotional lability والأعراض العصبية البؤرية مثل الابراكسيا (اختلال الوظائف التعبيرية الحركية Apraxia)، واختلال الوظائف اللغوية Aphasia عادات من الكسل والتراخي وعدم النظافة. والتبلد.

8: قائمة المراجع:

- احمد، السيد علي وبدر، فائقة محمد (1999). **اضطراب الانتباه لدى الاطفال: اسبابه وتشخيصه وعلاجه**. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- اسماعيل، عزت (1989): **علم النفس الفسيولوجي**، الكويت: وكالة المطبوعات.
- أولبسير، جويدة (1995). **المهارات الاجتماعية وأثرها في ظهور السلوك الجانح.** رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر، الجزائر، االجزائر.
- بشناق، رأفت (2001): **سيكولوجية الأطفال: دراسة في سلوك الأطفال واضطراباتهم النفسية**. بيروت: دار النفائس
- بيومي، محمد أحمد (1992). **ظاهرة التطرف – الأسباب والعلاج**، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- تايلر، شيلي (2008). علم النفس الطبي. ترجمة وسام بريك وفوزي داود. عمان: دار حامد.
- جابر، عبد الحميد جابر: (1996) علم النفس التربوي. القاهرة: دار النهضة العربية
- جلال، سعد: (1992). في الصحة العقلية (1992): الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية . دار المطبوعات الجديدة . الاسكندرية.
- حسنين، أشرف عبد الكريم محمد (1999). برنامج مقترح لرعاية الأحداث بالمؤسسات ذات النظام المفتوح لتعديل بعض الانحرافات السلوكية لديهم، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، مصر.
- حمدي، نزيه (1998). علاقة مهارة حل المشكلات بالاكتئاب لدى طلبة الجامعة، مجلة دراسات العلوم التربوية ، 15 (1): 90 – 100.
- الخطيب، جمال، والحديدي، منى، والسرطاوي، عبد العزيز (1992) إرشاد أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، الأردن، دار حنين.
- راجح، أحمد عزت (1987). أصول علم النفس، القاهرة: دار المعارف.
- الزراد، فيصل (1984). الأمراض العصابية والذهانية والاضطرابات السلوكية.. بيروت: لبنان.
- زريقات، ابراهيم عبد الله فرج (2005). اضطرابات الكلام واللغة: التشخيص والعلاج. عمان: دار الفكر: ناشرون وموزعون.
- زريقات، ابراهيم عبد الله فرج(2004)، التوحد الخصائص والعلاج، عمان، دار وائل للنشر.

- زهران، حامد عبد السلام (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة: عالم الكتب.
- الشربيني، لطفي (2001). الاكتئاب: الاسباب والعرض والعلاج. بيروت: دار النهضة العربية.
- الشرقاوي، أنور محمد (1986). انحراف الأحداث، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ششتاوي، هشام (1996): الخوف عند الأطفال. عمان: وزارة التربية والتعليم، رسالة المعلم، العدد: الرابع، المجلد السابع والثلاثون
- صادق، آمال وابو حطب، فؤاد (1999): نمو الانسان: من مرحلة الجنين الى مرحلة المسنين. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد الخالق، أحمد محمد (2000). الدراسة التطورية للقلق. القاهرة: دار المعرفة الجامعية.
- عبد المعطي، حسن مصطفى (2003). الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة: الاسباب – التشخيص – العلاج. القاهرة: دار القاهرة
- عدس، عبد الرحمن، توق، محي الدين (2005). مدخل إلى علم النفس. الطبعة الرابعة، دار الكفر، عمان.
- العمري، أحمد علي حسن (1994). أثر الإرشاد في التوافق الشخصي والاجتماعي للأحداث الجانحين في الجمهورية اليمنية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة بغداد، العراق.
- العيسوي، عبد الرحمن (1984). سيكولوجية الجنوح، بيروت: دار النهضة العربية.
- القاسم، عبد المهدي (1985). دراسة نقدية لواقع الخدمات التي تقدمها مؤسسات رعاية الأحداث في الأردن. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، اربد، الأردن.
- محمد ، محمد جاسم(2004). علم النفس الاكلينيكي. عمان: مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- المطلق، فهد محمد (1998). جنوح الأحداث، دراسة ميدانية اجتماعية للأحداث الجانحين بدار الملاحظة الاجتماعية بالقسيم، رسالة ماجستير غير منشورة، المركز العربية للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، السعودية.
- ملحم، سامي محمد (1989): الشيخوخة: أثر برامج الرعاية الاجتماعية والنفسية في دور الرعاية الاجتماعية للمسنين على مشكلات التوافق والشخصية بالمملكة العربية السعودية ندوة منهجية البحث العلمي في تعليم الكبار. كلية التربية / جامعة الملك سعود - الرياض . من : 15 - 19 / 5 / 1409 هجرية – 1989م.

- ملحم، سامي محمد (2007). مشكلات طفل الروضة. عمان: دار الفكر: ناشرون وموزعون.
- ملحم، سامي محمد (2011). مبادىء التوجيه والارشاد النفسي. عمان: دار المسيرة
- ملحم، سامي محمد (2012). علم نفس النمو: دورة حياة الانسان. عمان: دار الفكر
- نقولا، علي أحمد (1990). أثر برنامج إرشادي في تعديل السلوك العدواني لدى الأحداث الجانحين في أمانة العاصمة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة صنعاء، اليمن.
- هربرت، مارتن (1980): مشكلات الطفولة. ترجمة عبد المجيد نشواتي، دمشق: مطبعة البعث
- يعقوب، أحمد (1984). الاكتئاب؛ دراسة في الانقباض النفسي، بيروت: دار الحداثة.

- American Psychiatric Association APA,1994
- Autism Society of American 1999)
- Baker, B. K. (1999). Cognitive Distortions Among Juvenile Delinquents and Nondelinquents. Article Retrieved April 6, 2004 From:; http://www.clearinghouse.missouriwestren.edu/manuscripts/144.asp.
- Berk, L. E.;(2002). Infants, Children, and Adolescents. Boston: Allyn and Bacon.
- Birren, J. E., & Renner, J.;(1977). **Research on the psychology of aging. Principles and experimintation**. PP: 3 – 5. Handbook of the psychology of aging editors, Birren, J. E., & others. Lifton educational publishing.
- Brannon, L., & Feist, J.;(2004) **Health psychology: An introduction to behavior and health**. Australia: Thomson, Wadsworth.
- Carson, C. C.,Butcher, J. N., & Mineka, S.;(2003). **Abnormal psychology and modern life. Boston**: Allyn and Bacon.
- Cohen,B.; (1995). Crime in America. Perspectives on criminal and delinquent behavior. N. Y: Peacock publishers.

- Davison, G. C, & Neale, J. M.;(2004) **Abnormal psychology.** New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Dickerson, R.; (2002). Hope and self – esteem as outcome measures of a psychiatric inpatient cognitive – behavioral treatment program, **J. of Clinical psychology.** AAT 3057611, 3004.
- Donohue, B.; (1995). Social skills training for depressed, Visually impaired older adults: A treatment manual. **The ERIC Database. An: EJ. 521149.**
- Emery, G. (1988). **Getting un-Depresses.** New York: Simin and Schuster Inc.
- Foltz, Carol; And Others.(1995). **Proof Construction: Adolescent Development from Inductive to Deductive Problem-Solving Strategies**. Journal of Experimental Child Psychology; v59 n2 p179-95 Apr .
- Giancola, P R.,Mezzich, A. Clark, D. B. & Tarter, R.E. (1999). Cognitive Distortions. Aggressive Behavior and Drug Use in Adolescent Boys with and without a Family History of a Substance Use Disorder. **Psychology of Addictive Behavior,** 5, 13, 22-32.
- Gibbs, J. C. (1999). **Sociomoral developmental delay and cognitive distortions;** Handbook of Moral Behavior and development, Vol. III. NJ.
- Gibson, J. T.; Living. (2000). **Human development through the life span**. Addison wesley publishing company.
- Gilbert, P., (2000). **Counseling for Depression.** London sage publication Ltd.
- Graham, P. ,(1998). **Cognitive – Behavior therapy for children and families.** Cambridge, university press.
- Grossman, S. (1998). Under standing Anger in Parents of dying children. **Journal of American Family Physician.** 58, 1211-1213.
- Gurege, O. (2008), Treating chronic pain in the context of comorbid depression. **Journal of Pain**, 134, 3-4.

- Hallahan, D. P. & Kauffman, J. M.;(1994). **Exceptional children: Introduction to special education,** New Jersey: Prentice - Hall, Inc. Englewood cliffs.
- Heath, N. L.; (2003). Self concept differentiation and depressive symptomatology in children: International **Journal of psychology.** 34(2). 125 - 142
- Helms, B. D. & Turner, S. T.;(1999). **Contemporary adulthood,** London: W. B. Saunders company.
- Hetherington, E. M., & Parke, R. D.;(2003). **Child psychology**. New York: McGraw Book Company.
- Heward, W. L. & Orlansky.;(2000). **Exceptional children: An Introductory survey of special education**. New York: Merrill, an imprint of Macmillan publishing company.
- Hoffman (1991). **Psychology of Adolescence.** Seventh Edition, Holt, Rinecart and Wiston, Inc. USA.
- Hoffman, L. W.;(1974). **Effects of maternal employment on the child**. A review of the research. J. of developmental psychology. 10(2), 204 – 228.
- Holms, D.;(2001) **Abnormal psychology.** New York: Harper Collins publishers, Inc.
- Humphries, J.,; (1995). **Manage people at work: A practical guide to effective leadership**. London: How to books Ltd.
- Hurlock, E. B.;(1980). **Child development.** New York: McGraw - Hill Book Company.
- Huss, S. & Ritchie, M.; (1999). Effectiveness for a group parentally bereaved children. **J. for specialists in group work**. 24, (2). 186 – 96.
- Johnson, C. & Wiechers, E.; (2002). Intra-Psychic of group intervention program on adolescents of divorce, **South African. Journal**. (3), 177.
- Kendall, P. C. & Hammen, C.; (1998). **Abnormal psychology: understanding human problems**. Boston: Houghton Unifying. Co.

- Kimmel, D. G.;(2002). **Adulthood and aging.** New York: John Wiley & Sons INC.
- Kirk S. A. et al.; **Educating exceptional children**). Boston: Houghton Mifflin, 1993.
- Las, C. G., & Strauss, C. C.; (1990). School refusal in anxiety – disorderd children and adolescents. **Journal of American academy of children and adolescent psychiatry**, 29, 31.
- Maddux, J. E., & Winstead, B. A.;(2005). **Foundations for contemporary understanding.** London: Laurance Erlbum association publishers.
- Pakal, D., A.; (2001). **Psychology and medicine: Psychological dimensions of health and sickness**.New York: Springer publishing company. Inc.
- Patrick, Julie Hicks; Cottrell, Lesley Epperly; Barnes, Kristi A.(2001). **Gender, Emotional Support, and Well-Being among the Rural Elderly. Sex Roles**: A Journal of Research; v45 n1-2 p15-29 Jul
- Polizzi, K., & Milikin, R. J.;(2002). **Attitude toward the elderly: Indentifying problematic usage of ageist and overxtended terminology**. V28, n5, p. 367 – 377, may, 2002.
- Rathus A. R.;(1993). **Psychology**. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Riegel, K. F., & Riegel, R.;(1972). **Development Drop and Death**. J. of Develop. Psychol., 6, 306 – 319.
- **Romanis, R.**; (1987). **Depression. London: Faber Limited.**
- Rusu, A.C., Hasenbring, M. (2008), Multidimensional Pain Inventory derived classifications of chronic pain: Evidence for maladaptive pain related coping within the dysfunctional group, **Journal of Pain,** 134, 80-90.
- Schwartz, S.; (2003). **Abnormal psychology**. Calif. Mayfield publishing company.
- Sharf, R. S,;(2000). **Theories of psychotherapy & Counseling**. Australia: Brooks/Cole: Thomson learning.

- Smith R. (2007), Impact of migraine on the family. **Headache**, 38, 423- 426.
- Stilman. M,John. (2008**) Aspergers Syndrome:** Beverly press, New York.
- Strup, H., et al.; (2004). **Psychotherapy & Behavior change**. Chicago: Aldine publishing co.
- Sue, D., Sue, D., & Sue, S.; (2003). **Understanding abnormal behavior**. New York: Houghton Mifflin company.
- Sundberg, Markl, Partington, James W. (1998) Teaching Language to children with Autism or Other Developmental Disabilites, 1941 Oak Park Boulevard, Suite 30 pleasant Hill, CA 94523.
- Sundberg, N. D. & Tyler , L. E. **;(1998). Clinical Psychology**, Appleton - Century Crofts, New York, U. S. A.
- vokamar R, Fred (2005**) The Autism Source book Diagnosis, Treatment, Caping and healing**, Collins publishers.
- Walker, L., S., Baber, K., Garber, J., Smith, C., A. (2007), A typology of pain Coping strategies in pediatric patients with chronic abdominal pain**, Journal of Pain in press**.
- Walker, L.S., Smith, C.A., Garber, J., Claar, R.,L. (2007), Appraisal and coping with stressors by pediatric patients with chronic Abdominal pain. **Journal Of Pediatric Psychology**, 32 (2), 266 – 216.
- Ward, R.;(2000) **The aging experience: An Introduction to social gerontology.** New York: Harper & Row Company.
- Willard, Nancy, (2001). **The Nature of morality and moral theories.** Retrieved August 2002. htt://www.E/moraleve8htm.
- Wright B. & Weiss, J. P.;(2000) Social problems. Boston: Little Brown and company.

علم نفس الشواذ



أ. د. سامي محمد ملحم





المملكة الأردنية الهاشمية

عمان - الاردن - العبدلي - شارع الملك حسين

قرب وزارة المالية - مجمع الرضوان التجاري رقم 118

هاتف: 4616436 6 962+ فاكس: 4616435 6 962+

ص. ب. :926414 عمان 11190 الأردن

E_mail:gm@redwanpublisher.com

:gm.redwan@yahoo.com

www.redwanpublisher.com